



**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Tesis Doctoral**

---

**PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA  
EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y SU  
RELACIÓN CON UNA INTERVENCIÓN  
ENFERMERA**

Doctoranda

**D.ª Rosana Medina López**

Directoras

**Dra. D.ª Isabel María Morales Gil**


**Dra. Dª Marta Aranda Gallardo**

Málaga, 2017



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Rosana Medina López

 <http://orcid.org/0000-0002-2677-5811>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

*El dios Hermes, mensajero de los dioses, llevó al niño hacia Hera mientras ella dormía y lo puso en su pecho para que se amamantara de su leche divina, pero al despertar y descubrir a Heracles, la diosa lo retiró bruscamente y la leche siguió manando, esparciéndose por el universo y dando origen así a la Vía Láctea.*

*(Mitología griega. El origen de la Vía Láctea)*



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

*Este trabajo está dedicado a mis hijos que son el amor de mi vida y a Javier por  
vivir otro proyecto más en aparcería.*



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## **AGRADECIMIENTOS.**

*Llegado este punto del camino mi mente se encuentra saturada de datos, citas bibliográficas y términos técnicos, tal vez por ello no sea capaz de expresar con la claridad y la efusividad necesaria la enorme gratitud que siento hacia todas las personas que me han ayudado a lo largo de mi vida a ser lo que hoy soy, y en particular, a las que han contribuido a culminar este trabajo de investigación:*

En primer lugar, a la Dra. D<sup>a</sup>. Isabel María Morales Gil por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. De nuevo ella ha hecho posible que crezca como enfermera y con el acierto de sus contribuciones, sugerencias y directrices ha contribuido enormemente al éxito de este trabajo.

A la Dra. D<sup>a</sup>. Marta Aranda Gallardo, por guiarme y aconsejarme siempre con ese buen hacer que le caracteriza.

A José Carlos Canca, por su ayuda y sabios consejos en este proyecto y en mi día a día. Mil gracias por facilitarme cada paso que doy en mi trabajo.

A Francisco Rivas por su incansable ayuda y sus acertados consejos. Es un placer trabajar a tu lado.

A Ángela y al grupo de Supervisores y Responsables de Enfermería del Hospital Costa del Sol. Cada día me enseñáis a disfrutar de nuestro trabajo y a valorar el esfuerzo.

A mis compañeros de biblioteca, también doctorandos, por su compañía, sus silencios, risas y apoyo.

A todo el personal del área de Pediatría y Neonatología porque día a día me mostráis cómo se trabaja combinando esfuerzo, calidad y ternura.

A Sandra y a Antonio por dedicar parte de vuestro tiempo y cariño a mis hijos, gracias por cada minuto de esos que han hecho que hoy yo pueda presentar este trabajo.

A mi amigo Jose, por estar siempre ahí, a mi lado para lo que necesite.

A aquellas personas que han llenado rincones en mi vida y que, aunque ya no están, han hecho que hoy yo sea así.

Por supuesto a mis padres, a mi hermana y a Daniel, porque siempre me habéis apoyado y habéis confiado en mí, sin preguntar y dejándome hacer. Sois la mejor familia que se puede tener.

De nuevo y siempre a Javier, por toda su ayuda y sobre todo por hacerme feliz.

Y a esos locos bajitos, de peso, que me enamoraron hace ya dieciocho años y me han impulsado a hacer este trabajo.

## ***DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES.***

Tanto la doctoranda como las Directoras de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

# INDICE

INTRODUCCIÓN.....	19
PARTE I.....	23
MARCO CONCEPTUAL.....	23
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	25
LA LACTANCIA MATERNA.....	25
65 millones de años de evolución preparándonos para dos años de lactancia.....	25
LAS NODRIZAS EN LA HISTORIA DE LA LACTANCIA.....	28
POSTURAS EN CONTRA DE LA LACTANCIA MERCENARIA.....	31
EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.....	33
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	36
RECORRIDO HISTÓRICO POR LAS UNIDADES NEONATALES.....	40
EL CAMBIO EN LAS UNIDADES NEONATALES.....	44
2. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	47
SITUACIÓN ACTUAL DE LA PREMATURIDAD.....	47
CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	50
SENTIMIENTOS PATERNOS.....	54
EL VÍNCULO Y EL APEGO.....	58
PROGRAMAS CENTRADO EN LOS RECIÉN NACIDOS.....	65
Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA).....	65
Atención centrada en la familia.....	70
Cuidados centrados en el desarrollo (CCD).....	72
LA LACTANCIA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	76
ELEMENTOS FACILITADORES Y BARRERAS PARA LA LACTANCIA MATERNA EN LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS.....	79
CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PREMATURO Y LA LACTANCIA MATERNA.....	83
PARTE II.....	89
MARCO EMPÍRICO.....	89
3. JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO.....	91
4. HIPÓTESIS.....	97
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	97

GENERAL.....	97
ESPECÍFICOS .....	97
<b>6. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>99</b>
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	99
ÁMBITO DE ESTUDIO .....	99
POBLACIÓN Y SUJETOS DE ESTUDIO. ....	99
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. ....	99
DESCRIPCIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	101
INSTRUMENTOS DE MEDIDA .....	105
PROCEDIMIENTO .....	106
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	108
ASPECTOS ÉTICOS .....	109
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>113</b>
FLUJOGRAMA DEL ESTUDIO. ....	113
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA. ....	115
ESTUDIO DE LOS RESULTADOS POR OBJETIVOS. ....	118
Tipo de lactancia.....	118
Lactancia y Evaluación de la Toma.....	126
Evaluación de las intervenciones enfermeras realizadas.....	129
Factores que favorecen o dificultan la lactancia materna. ....	135
Motivos de no inicio o abandono de la lactancia materna.....	144
Contacto piel con piel, puesta precoz al pecho y hospitalización conjunta .....	146
Evaluar el nivel de satisfacción. ....	152
<b>8. DISCUSIÓN .....</b>	<b>155</b>
• LIMITACIONES DEL ESTUDIO. ....	179
• IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL .....	181
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>183</b>
<b>10. PROSPECTIVA.....</b>	<b>187</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA. ....</b>	<b>191</b>
<b>12. ANEXOS. ....</b>	<b>239</b>
ANEXO 1. DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA NATURAL .....	239
ANEXO 2. CRONOGRAMA EDUCATIVO PARA PADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS.....	240
ANEXO 3. CUADERNO DE REGISTRO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA. ....	241

ANEXO 4. FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA TOMA.....	242
ANEXO 5. HOJA DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA. ....	243
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE.....	245
ANEXO 7. CLASIFICACIÓN DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN LA OMS.....	248
ANEXO 8. DIRECTRICES DE LA OMS. CÓMO AYUDAR A LA MADRE PARA QUE EXISTA UNA BUENA POSICIÓN Y AGARRE AL PECHO .....	249
ANEXO 9. RESOLUCIÓN POSITIVA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN... ..	250

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Flujograma .....	114
Figura 2. Inicio de lactancia materna durante el ingreso .....	118
Figura 3. Tipo de lactancia al alta.....	119
Figura 4. Tipo de lactancia a los tres meses de vida del bebé .....	120
Figura 5. Tipo de lactancia a los seis meses de vida del bebé.....	120
Figura 6. Distribución del tipo de lactancia para cada periodo. ....	122
Figura 7. Función de supervivencia de la lactancia materna.....	125
Figura 8. Supervivencia de la lactancia materna para el número de intervenciones .....	132
Figura 9. Distribución de la edad del recién nacido en días en la primera intervención e inicio de la puesta al pecho.....	133
Figura 10. Tipo de ayuda recibida .....	143
Figura 11. Persona que recomienda finalización LM.....	145
Figura 12. Tipo de contacto piel con piel realizado. ....	146
Figura 13. Puesta al pecho precoz tras el nacimiento.....	148
Figura 14. Ingreso en la Hospitalización conjunta previo al alta.....	150
Figura 15. Satisfacción ayuda LM .....	153
Figura 16. Satisfacción Hospitalización.....	154

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nacimientos prematuros.....	48
Tabla 2. Lactancia alta en el Hospital Costa del Sol .....	69
Tabla 3. Ventajas de la leche materna en el recién nacido pretérmino .....	77
Tabla 4. Algunas diferencias de la leche materna pretérmino versus término. ....	78
Tabla 5. Plan de Cuidados Enfermeros para el Recién Nacido Prematuro. Unidad de neonatología. Hospital Costa del Sol .....	84
Tabla 6: Estrategias para la alimentación con leche materna en el recién nacido prematuro.....	86
Tabla 7. Variables relacionadas con el recién nacido. ....	101
Tabla 8. Variables relacionadas con la madre.....	104
Tabla. 9. Características de la muestra de madres(n=73).....	116
Tabla. 10. Características de la muestra de recién nacidos(n=92) .....	117
Tabla 11. Comparativa del tipo de lactancia en los tres periodos. ....	121
Tabla 12. Tipo de lactancia en los tres periodos .....	122
Tabla 13. Tipo de lactancia al alta según edad gestacional.....	123
Tabla 14. Tipo de lactancia a los 3 meses según edad gestacional.....	123
Tabla 15. Puntuaciones de la Ficha de Observación de la Toma al alta.....	126
Tabla 16. Puntuaciones de la Ficha de Observación de la Toma a los 3 meses y 6 meses.....	126
Tabla 17. Puntuaciones mínimas en cada área en relación a la lactancia al alta .....	127
Tabla 18. Puntuaciones máximas en cada área en relación a la lactancia al alta .....	128
Tabla 19. Relación de las intervenciones realizadas con el tipo de lactancia al alta .....	129
Tabla 20. Relación de las intervenciones realizadas con el tipo de lactancia a los 3 y 6 meses. ....	130
Tabla 21. Media del tiempo de supervivencia segmentada por el número de intervenciones .....	131
Tabla 22. Edad del prematuro en el momento de la intervención en función del tipo de lactancia al alta.....	134
Tabla 23. Edad del prematuro en el momento de la intervención en función del tipo de lactancia a los 3 meses. ....	134



Tabla 24. Lactancia al alta según factores relacionados con el recién nacido I. .....	135
Tabla 25. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con el recién nacido I.....	136
Tabla 26. Lactancia al alta según factores relacionados con el recién nacido II. .....	137
Tabla 27. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con el recién nacido II.....	138
Tabla 28. Lactancia al alta según factores relacionados con la madre I. ....	139
Tabla 29. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con la madre I. .....	140
Tabla 30. Lactancia al alta según factores relacionados con la madre II. ....	141
Tabla 31. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con la madre II. .....	142
Tabla 32. Tipo de lactancia a los 3 meses según la ayuda recibida en el domicilio .....	142
Tabla 33. Motivos de no inicio o finalización de la lactancia materna. ....	144
Tabla 34. Lactancia al alta y contacto piel con piel precoz.....	147
Tabla 35. Lactancia materna a los 3 meses y contacto piel con piel precoz..	147
Tabla 36. Tipo de lactancia al alta según la puesta precoz al pecho. ....	149
Tabla 37. Tipo de lactancia a los 3 meses según la puesta precoz al pecho.	149
Tabla 38. Tipo de lactancia al alta relacionado con la Hospitalización conjunta madre hijo.....	151
Tabla 39. Tipo de lactancia a los 3 meses relacionado con la Hospitalización conjunta madre hijo .....	151
Tabla 40. Nivel de satisfacción según el tipo de lactancia al alta.....	154



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## INTRODUCCIÓN.

La lactancia materna es la manera ideal de alimentar a un niño, y de aportarle los nutrientes necesarios para una crianza y un desarrollo saludable. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen (Kakuma, R, 2002). Otras organizaciones como la Asociación Española de Pediatría , la American Dietetic Association (ADA) y la American Academy of Pediatrics (AAP) apoyan esta recomendación (James & Lessen, 2009; de Pediatría, 2012; Eidelman, et al., 2012).

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar siempre que dispongan de una información completa y cuenten con el apoyo adecuado por parte de su familia y del sistema de salud, sin embargo tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida (World Health Organization (WHO)., 2002)

A pesar de los múltiples beneficios documentados de alimentar con leche humana a los recién nacidos prematuros y de muy bajo peso al nacer, (Eidelman, et al., 2012) la situación en este grupo es aún menos alentadora siendo las tasas de lactancia materna muy reducidas (Benevenuto de Oliveira et al., 2007; Demirci et al., 2012; Berrani et al., 2015;).

Es en estos casos de niños prematuros donde se hace más evidente la importancia fundamental que el apoyo de los profesionales de la salud tiene para el establecimiento de un régimen exclusivo de lactancia materna (Brittonet al., 2007; Bjork et al., 2012) , y en los que la ayuda proporcionada por los profesionales empoderan a la madre del recién nacido para vivir la lactancia como una experiencia mutuamente satisfactoria (Flacking et al., 2006) .

Esta tesis doctoral trata de describir qué incidencia tiene la intervención enfermera consistente en la realización de una evaluación inicial de la puesta al pecho, y la ayuda a la madre y al recién nacido durante la estancia hospitalaria, sobre el inicio, el mantenimiento y la duración de la lactancia materna. Además explora aquellos factores condicionantes dependientes de la madre y del recién nacido.

La investigación se ha realizado en la Unidad de Neonatología del Hospital Costa del Sol que atiende a recién nacidos a partir de 28 semanas de edad gestacional. El Hospital Costa del Sol está acreditado desde el año 2009 por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) y posee una cultura de promoción y protección de la lactancia materna muy arraigada.

El trabajo de investigación se estructura en dos partes: Marco conceptual y Marco empírico.

El marco conceptual: está formado por dos capítulos que contextualizan el tema objeto de investigación. El primero, denominado Antecedentes Históricos,

hace un recorrido por todos aquellos temas que han marcado la evolución hasta la situación actual de la lactancia y la atención sobre el recién nacido pretérmino. El segundo capítulo, El Recién Nacido Prematuro, analiza los temas actuales que vinculan cuidado y lactancia en este grupo de recién nacidos.

El Marco empírico, está formado por doce capítulos. En la Justificación, se argumenta la necesidad de realizar la investigación. En los siguientes capítulos se describen la Hipótesis, los Objetivos generales y específicos de este trabajo y el Material y método empleado. En el capítulo séptimo se formulan los Resultados de la investigación para cada uno de los objetivos planteados y en el octavo la Discusión de los resultados obtenidos, además en este capítulo se hace una reflexión sobre las Limitaciones que presenta la investigación y la Aplicabilidad de los resultados en la práctica asistencial. A continuación se exponen las Conclusiones y las Futuras líneas de investigación surgidas a raíz del trabajo realizado y que creemos sería interesante desarrollar. Por último se identifican las Referencias Bibliográficas consultadas y los Anexos referidos en el documento.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**PARTE I**

**MARCO CONCEPTUAL**





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## **1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

**La lactancia materna.**

**65 millones de años de evolución preparándonos para dos años de lactancia**

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la de la humanidad: hace 65 millones de años, cuando se expandieron los mamíferos, posteriormente, hace 60 millones cuando aparecieron los primates y, finalmente, hace seis millones de años cuando apareció nuestro linaje, la evolución se ha tomado muchas molestias para que la lactancia materna sea la forma de alimentar a las crías de los mamíferos, razón para defenderla al menos los dos primeros años (Bermúdez de Castro, 2011).

Durante este tiempo la lactancia ha sido un logro evolutivo implantado en los mamíferos como forma de que las madres alimenten a sus hijos con una sustancia, la leche materna, que tiene unas propiedades incuestionables para que salgan adelante las crías, no sólo en cuanto alimento sino para el desarrollo de su sistema inmunitario.

Estudios realizados en los fósiles de Atapuerca concluyen que la leche materna tuvo que ser el alimento principal de los seres humanos durante sus cuatro primeros años de vida (Bermúdez de Castro, 2011).

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Se han encontrado testimonios en todas las épocas referidos a la duración de la lactancia materna, desde el 1900 a.C. hasta nuestros días.

En la Mesopotamia del segundo milenio a.C, el Código de Esnunna establecía un contrato con la nodriza de 3 años y el Código de Hammurabi contenía regulaciones sobre la duración de la lactancia que debía ser por un mínimo de 2 años y un máximo de cuatro (Ascaso, 1999).

En la India, periodo Ayurvédico, (1800-1500 a.C.) se recoge 1 año de lactancia materna exclusiva y destete progresivo hasta los 3 años y en los papiros egipcios encontramos frases como: *“cuando naciste ella te llevó a su cuello y durante tres años te amamantó”*.

Distintos escritos de Grecia (desde el siglo IV a. C.) y del imperio romano (siglos I a IV d. C) atestiguan duraciones de lactancias maternas de 2 a 3 años.

En las comunidades mayas, fuentes arqueológicas, etnohistóricas y etnográficas sugieren que la lactancia se prolongaba hasta los 4 o 5 años de edad (Gutiérrez & Montejano, 2013).

A lo largo de los siglos existen testimonios sobre la duración de la lactancia materna en diferentes culturas; En la Biblia en el s II a. C se establece una duración de 3 años y en el siglo VII el Corán y las leyes islámicas establecían



la duración de la lactancia en 2 años (Cortés, 2002) lo que también recomienda cuatro siglos después el médico persa Avicena (Ibn Sina, 980-1037).

Ya más cerca de nuestra cultura encontramos en la Europa carolingia de los siglos VIII a X una lactancia media de 2 años y de 18 meses en la época feudal (siglos XI a XIII). En el sur de Francia en el siglo IX, hay datos para saber que en las familias campesinas el destete se producía a los 2 años en los niños y al año en las niñas.

Hasta la mitad del siglo XVIII las amas de cría fue la práctica más habitual, aunque en esas décadas, las madres empezaron a preferir amamantar a sus hijos, la edad de destete era temprana, sólo siete u ocho meses de lactancia. A lo largo del XIX la duración estaba sobre los nueve meses, pero fue reduciéndose hacia finales de siglo y principios del siglo XX con el avance de la investigación y la experimentación en alimentación infantil.

Hasta los años ochenta del siglo XX perdura el predominio de la alimentación artificial, pero aparecen numerosas voces que reivindican el inicio inmediato de la lactancia materna tras el parto y la prolongación de la misma hasta los dos años. En las últimas décadas del siglo XX se recogen también distintas pautas de lactancia que van desde los 18 meses hasta los 42 meses. En 1989 de 46 sociedades no industrializadas del mundo se constató que en el 75% de los casos el destete se producía entre los 2-3 años y en el 25% el destete se producía a los 18 meses (Macadam & Dettwyler, 1995).

### **Las nodrizas en la historia de la lactancia.**

Algunas culturas como la espartana clásica, obligaban a las todas las mujeres a amamantar a sus hijos, fuese cual fuese su clase social. Un ejemplo fue Temistes, segundo hijo del Rey, que heredó el reino de Esparta solo porque había sido amamantado por su madre mientras que el primer hijo fue amamantado por una extraña por lo que le fue negada la posibilidad de heredar el trono.

En el otro extremo, en la mayoría de las civilizaciones, mujeres de distintas edades y clases sociales no han amamantado a sus hijos.

Las nodrizas son personajes importantes que amamantaban a los hijos de madres generalmente de clase social alta. Con el tiempo el papel de esta figura se definió plenamente y pasó a ser remunerado.

Ya a finales del siglo XIX a.C., se encuentran referencias del sistema de amas de cría en códigos babilónicos de las culturas paleo-semíticas y en nueve libros diferentes de la Biblia judeocristiana y una en el Nuevo Testamento. Se identifican también referencias sobre la lactancia y la función de las nodrizas en el papiro de Ebers (1550 a. de C.) existen contratos donde se regulaba la sexualidad de las nodrizas y otras actividades como sus comportamientos ante

la sociedad, vestido, higiene y demás cuidados personales, imponiéndoles penas si se quedaba embarazada (Arnaud-Duc & Fildes, 1989).

En la Grecia clásica, las nodrizas eran muy comunes y eran preferidas a las propias madres por Platón (Wickes, 1953). La familia que contrataba a la nodriza adquiría cierto prestigio dentro de la comunidad al ser un lujo que no todos podrían permitirse. Las nodrizas dejaban de ser esclavas y se creaba un fuerte vínculo con el infante que era alimentado y se criaba más sano y fuerte, requisito fundamental para ser en un futuro un gran guerrero.

En el Imperio Romano, las mujeres nobles recurrían a la nodriza que se encontraban en el mercado. Sorano de Efeso (98-138 d.C.), en Gynecia, tratado de referencia de la Ginecología y la Obstetricia durante más de 1.500 años, describe minuciosamente las condiciones de elección de una buena nodriza, su dieta, régimen de vida y formas de lactar.

A partir de siglo VI los romanos dictan leyes sobre el perfil de las nodrizas y documentan enfermedades que se contagian a través de la lactancia. Además se excluye de la función de ser nodrizas de niños cristianos a las mujeres enfermas (generalmente por sífilis) a las judías y musulmanas.

En España en las Partidas de Alfonso X el Sabio (1221-1284) se recogen las condiciones que deben reunir las nodrizas reales.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

En Europa central y oriental, las familias pudientes empleaban nodrizas para alimentar a sus hijos aumentando su uso a partir del siglo XI ya que facilitaba que las mujeres nobles tuvieran más cantidad de hijos debido a que no tenían que amamantarlos y aumentaba así su fertilidad. En Algunos territorios como Francia y Castilla se establecen de nuevo leyes que regulan las condiciones de las nodrizas siendo la duración del contrato habitualmente por tres años e incluyendo alojamiento, pensión y un pequeño salario fijado por la ley.

Durante la Edad Media la práctica de tener nodriza se extendió entre los artesanos y además se contó también con esta figura para alimentar a los niños abandonados por sus madres en los Hospitales.

Durante el Renacimiento la lactancia mercenaria se extiende sobre todo en Italia y Francia. Como resultado se produjo un control de la natalidad en las masas campesinas y en contraposición un crecimiento desmesurado de la clase acomodadas en las que la descendencia era a veces de 15 ó 20 hijos pero a expensas de una alta mortalidad.

En Francia la leche de pago alcanza su mayor apogeo en los siglos XVII y XVIII y se da no solo en la aristocracia, sino entre las mujeres de la burguesía con ingresos económicos limitados que optaban por esta alternativa para poder trabajar (De Mause, 1982; Wickes, 1953; Yalom, 1997). En 1769 se crea en París el *Bureau des Nourrices*, Oficina de Nodrizas, dependiente del gobierno,



que estaba formada por 15.000 amas de cría reclutadas entre 1770 y 1776 y que constituía una próspera industria que persistió hasta finales del siglo XIX.

### **Posturas en contra de la lactancia mercenaria**

En contraposición a estas posturas en los siglos XVI y XVII en los Países Bajos, una cultura hogareña y reivindicativa de lo natural por parte de los poderes públicos, posiciona a la buena madre como aquella que amamanta a sus hijos. En Rusia, en el siglo XIX, la mayoría de los niños son criados por sus madres a excepción de la nobleza que se ve influenciada por las costumbres francesas.

En Inglaterra, como consecuencia de la Reforma, surge la división de opiniones, mientras que unos autores siguen escribiendo sobre la elección de la nodriza otros defienden que la lactancia materna facilitada de la propia madre es mucho mejor que cualquier otra.

La mortalidad infantil bajo el sistema de nodrizas era muy elevada, mayor que en los niños alimentados por sus madres. Este hecho junto con argumentos sin fundamento científico acerca de la posibilidad de que la leche transmitiera características físicas de la nodriza (parecido y posibles enfermedades) así como características espirituales (carácter y personalidad) hacen que sacerdotes, científicos, filósofos y médicos cuestionen el empleo de las amas de cría.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

En España, Jaume Bonells, médico de la casa de Alba es considerado el promotor de la puericultura científica y escribe en 1786 su obra *Perjuicios que acarrear al género humano y al Estado de las madres que rehúsan criar a sus hijos y medios para contener el abuso de ponerlos en ama*.

En el siglo XV empieza a manejarse la concepción del vínculo entre madre e hijo, pues las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con el bebé que amamantaban, con la presencia de la madre, dicha vinculación sería más fuerte y además formaría parte de un proceso necesario para que la maternidad se diera de la forma más adecuada y con el mejor desarrollo para ambos.

En el siglo XVIII las altas tasas de mortalidad infantil obligaron a la creación de una legislación altamente rigurosa sobre la lactancia mercenaria, que no podía impedir el vínculo materno filial, por no decir la carencia total del mismo que este régimen implicaba (Wickes, 1953b).

En Francia es donde surge la más fuerte campaña en contra de la lactancia mercenaria en pro de la lactancia natural como nexo firme de madres e hijos, cohesión familiar y pilar fundamental para la regeneración social. Este pensamiento emana de la mente del filósofo Jean Jacques Rousseau y es defendido con tal pasión que traspasa barreras sociales y políticas así como fronteras nacionales.





A partir del siglo XVIII la profesión de nodriza comienza a decaer aunque en algunos países duraría más de un siglo.

El reconocimiento social del niño aumenta durante el siglo XX, los avances científicos hace que disminuya la morbimortalidad infantil, produciéndose una incremento de la lactancia materna y por ende una reducción de la lactancia mercenaria. En 1910 el 90% de los niños eran amamantados por sus madres.

La desaparición de las nodrizas se establece a comienzos del siglo XX aunque hasta mediados de siglo sigue siendo una alternativa frecuente.

### **El abandono de la lactancia materna**

En torno al siglo XX se inicia, sin comprobaciones previas de las posibles repercusiones, el mayor experimento a gran escala en una especie animal: los niños pasan a ser alimentados con una leche modificada de una especie distinta (Breast-Feeding & Organization, 1981). Las consecuencias no previstas se manifestaron en forma de aumento de hospitalizaciones y de enfermedades infecciosas e inmunitarias.

Este hecho se vio favorecido por tres factores:

- Los avances en el tratamiento de la leche de vaca acercando su composición a la de la mujer y disminuyendo el número de

complicaciones que producía en los lactantes la leche de vaca sin modificar.

- La sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX tiene como consecuencia la incorporación de la mujer al trabajo asalariado y el movimiento feminista lo cual aumenta el convencimiento de que la alimentación con sucedáneos es una liberación y un signo de progreso en la mujer.
- “La maternidad científica”. Se produce una asistencia al parto por parte del personal sanitario que anula cualquier intervención y decisión de la mujer en su propio proceso. Esta asistencia hospitalaria incluye una serie de rutinas erróneas que tienden a dificultar la lactancia materna.

Actualmente pese al aumento del conocimiento y de las actuaciones que se están realizando en pro a la lactancia materna, volver a la situación previa al cambio es imposible, pues se ha producido una rotura casi incompensable: más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, generándose una grieta en la transmisión del conocimiento y la cultura del amamantamiento, que ahora es difícil de superar. La técnica o arte femenino de amamantar, es transmitido sabiamente de madres a hijas y forma parte del acervo cultural de la humanidad (Macadam & Dettwyler, 1995).

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Las mujeres fueron las primeras en reaccionar ante esta situación. La pediatra Cecily Williams en su conferencia Milk and Murder pronunciada en 1939 en el Singapore Rotary Club, relaciona miles de muertes de lactantes al abandono de la lactancia materna. En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, se funda en Chicago la Liga de la leche que se considera hoy en día el más prestigioso grupo de apoyo a la lactancia materna.

Dentro del Plan de Salud para todos en el año 2000 de la OMS, la promoción de la lactancia materna constituye un elemento clave.

En 1974 la 27ª Asamblea Mundial de la Salud advirtió el descenso de la Lactancia Materna en muchos países del mundo y lo relacionan con la promoción indiscriminada de sucedáneos. Se insta por tanto a los estados miembros a poner en marcha medidas correctoras.

Como consecuencia en 1981, se define el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna, al que el Gobierno Español se adhiere 12 años más tarde.

Sin embargo esta recomendación de la OMS y la regulación estatal no son suficientes para aumentar las tasas de lactancia materna en los países desarrollados lo que produce un incremento de la morbimortalidad infantil y del gasto sanitario. Intervienen varios factores:

- Pérdida de cultura social.

- Sistemas y profesionales sanitarios anclados en culturas erróneas en el proceso de embarazo parto y puerperio.

### **Evolución histórica del recién nacido prematuro**

El primer perinatólogo que se conoce en la historia fue el griego Soranus, nacido en Efeso y que practicó medicina en Roma entre el siglo I y II d. C., dedicándose, entre otras cosas, al cuidado de la madre y el niño. En su tratado Ginecología menciona que algunos niños que nacen a los 7 meses de embarazo sobreviven, siendo ésta la única referencia que hace a la prematuridad. Sus recomendaciones de cómo limpiar y reanimar al recién nacido fueron revolucionarias en su tiempo y son la práctica habitual en la actualidad. También hace referencia a temas de alimentación y lactancia materna (Del Moral & Bancalari, 2010).

Otra evidencia de la presencia y reconocimiento de los niños prematuros se encuentra en un estudio realizado sobre las tumbas y sus significados. Se menciona que los más sentidos epitafios en la Grecia antigua son los dedicados a los prematuros: *a aquellos muertos antes de lo que la naturaleza dictaría de discurrir las cosas normalmente.*(Sanz, 2008)

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

En los siguientes siglos son escasos los escritos referentes a la salud de los niños y por tanto a los prematuros.

En el siglo XVIII, Willian Blackstone jurista británico, en su libro *Comentarios on the Laws of England*, presentó a los prematuros como “monstruos mitad humanos mitad bestias sin derechos a heredar de sus padres” (Blackstone, 1830).

En el siglo XIX, empiezan las primeras referencias a patologías como la hidrocefalia o el síndrome de Prune Belly entre otras malformaciones. Aparece también en la literatura descritos avances tecnológicos como la intubación endotraqueal y la alimentación por caída libre por sonda. Sin embargo pese al interés científico que despertaba la salud de los recién nacidos, existe cierto rechazo a los avances de la medicina en el campo de la neonatología y en especial en la prematuridad.

En 1871, el gran desgaste que se produjo sobre la población debido a las guerras Franco Prusianas, tiene como consecuencia el énfasis en la necesidad de conservar la vida de todos los recién nacidos especialmente los que lo habían hecho antes de tiempo (Davis, Mohay, & Edwards, 2003).

Ya a principios del siglo XX, en el artículo *The Problem of the Premature Infant*, publicado en *The British Medical Journal* en Mayo de 1902, Ballantyne comentó y expuso la evidencia de la necesidad de conservar las vidas de los recién

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

nacidos, incluso si habían nacido prematuros, considerando el problema de la prematuridad como una urgencia dentro del conocimiento médico.

De esta manera, la consideración tanto profesional como social de los recién nacidos prematuros había cambiado, y la posibilidad de que estos niños sobrevivieran se empezó a valorar y a vivir como una realidad.

La neonatología moderna nace con Jullius Hess en Chicago quien tuvo el mérito de inaugurar la primera unidad dedicada al cuidado del recién nacido prematuro en el Hospital Michael Reese en Chicago. En 1922 publica su primer libro titulado “Premature and congenital diseased infants” que sienta las bases de los cuidados neonatales. En 1933 se funda la Academia Americana de Pediatría que define el niño prematuro como el nacido con menos de 2.500 gramos.

La identificación de la toxicidad del oxígeno como responsable de la retinopatía del recién nacido prematuro, hace que se mire su pronóstico con mucha más aprensión, haciéndose más relevante a largo plazo en los niños prematuros que sobrevivían. Ya no sólo era importante que los prematuros sobrevivieran, sino que además adquirió importancia el saber que una caída en mortalidad se pudiera conseguir sin pagar un precio alto en términos de complicaciones.



***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

La introducción del surfactante exógeno como tratamiento de la enfermedad de membrana hialina dio lugar a un incremento notable de la supervivencia de los recién nacidos prematuros.

A raíz de este aumento de la supervivencia se plantea un nuevo reto en relación a la calidad de vida de los sobrevivientes, lo cual despertó el interés en el desarrollo neurológico y la nutrición y crecimiento de los recién nacidos prematuros.

En 1972 la OMS definió el parto prematuro como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 257 días contados a partir del primer día de la última menstruación.

Posteriormente se distinguieron otras clasificaciones que compartían el concepto de peso y edad gestacional (Prats Coll et al., 2004):

- Prematuro moderado: Peso superior a 1500 gramos o entre 32-36 semanas de gestación.
- Prematuro extremo: Peso menor a 1500 gramos o menos de 32 semanas.
- Prematuro muy extremo: Peso menor a 1000 gramos o menos de 28 semanas.

La neonatología moderna caracterizada por una alta tasa de supervivencia ha cambiado sus objetivos. Actualmente los desafíos en los avances de la neonatología están enfocados a optimizar el potencial neurológico y de

desarrollo de los recién nacidos prematuros para mejorar su calidad de vida (Del Moral & Bancalari, 2010).

En cualquiera de los casos, la prematuridad, entendida como "el nacimiento antes de tiempo", implica para el recién nacido un nivel de inmadurez en todos sus órganos que puede ocasionarle problemas de adaptación fuera del útero materno, especialmente en recién nacidos de menos de 1.000 gramos. Se presenta un niño de llanto ausente o débil y quejumbroso, con una piel fina y casi transparente en los más extremos, con una delgadez que pone de manifiesto un proceso inacabado y una dificultad evidente para establecer una respiración efectiva en un medio aéreo, y no menos dificultad para alimentarse a través de un sistema digestivo todavía deficiente para aportarle los nutrientes necesarios para seguir su proceso de crecimiento y maduración (de Neonatología, 2005).

### **Recorrido histórico por las unidades neonatales.**

Nadie duda del efecto favorable que el desarrollo de la medicina ha tenido sobre la vida de los seres humanos. Sin embargo, la tecnificación de los cuidados ha dado lugar también a otras pautas y modelos de actuación que



dejan al margen aspectos que están íntimamente ligados al comportamiento humano.

Los distintos modelos de acompañamiento de los padres en la unidad neonatal han sido el resultado de la introducción de actuaciones, a modo de experimento sin ningún tipo de control y que solo en los últimos años han sido cuestionadas en algunos casos (Pallás, 2007).

La evolución de la unidad neonatal está ligada al descubrimiento y utilización de la incubadora como herramienta fundamental en el mantenimiento de la vida y salud del recién nacido prematuro. Conocer la historia de la misma ayuda a comprender los modelos de hospitalización en la unidad Neonatal en especial del recién nacido prematuro.

Hacia los inicios de 1800 en Francia se documentó la importancia de un ambiente cálido para el neonato, y especialmente para el prematuro. Aunque muchos métodos de calentamiento habían sido usados previamente, no se desarrolló la primera incubadora hasta cerca de 1835 en San Petersburgo publicándose el primer escrito teórico de su uso en el cuidado del prematuro en 1857 (Denucé, 1857).

A finales de la guerra Franco Prusiana en 1857, surge un interés de preservar la vida, debido a la merma que la guerra había dejado en la población. Se reconoce por tanto en París la necesidad de tratar a los recién nacidos prematuros y recién nacidos enfermos (Davis et al., 2003).

*Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera*

Hacia finales de 1880, bajo la dirección del médico Stéphane Tarnier, jefe de obstetricia de la Universidad de París, se desarrolla la primera incubadora usada en bebés humanos y que lleva su nombre (Baker, 1996). Esta incubadora aportaba la ventaja de poderse cerrar y fue desarrollada para el cuidado de los neonatos prematuros en la Maternité Port Royal de París en 1881. Esta nueva intervención redujo la mortalidad de los niños prematuros al 50%, pasando la supervivencia de los recién nacidos de menos de 2.000 gramos del 35% al 62%.

Hasta ese momento, el diseño inicial de incubadora de Tarnier, contemplaba a la madre como figura principal de cuidado del recién nacido pues se esperaba que estuviera al lado de éste y lo sacara para alimentarlo.

La supervivencia de los niños tan prematuros pronto fue motivo de curiosidad y se promovió la idea de dar a conocer la incubadora en ferias a modo de exposición. La primera de ellas fue la Exposición de Berlín en 1896 (Baker, 1996). El encargado de mostrar al mundo la incubadora fue Couney también obstetra y discípulo de Tarnier. Con el permiso de los médicos alemanes se decidió incluir niños prematuros en la exposición para afianzar el realismo del nuevo invento. Estas ferias o exposiciones poseían fines lucrativos, se cobraba entrada por ver a los niños en las incubadoras por lo que se limitó el acceso a las madres, generalmente de clase social baja y escasos recursos,



permitiéndoles entrar en la exposición sólo en determinadas horas de día para que los alimentaran (generalmente cuando la afluencia de público era menor).

A la exposición de Berlín le siguieron numerosas exposiciones en las que la incubadora fue todo un éxito: Earls Court, London (1897), Exposición Trans-Mississippi en Omaha (1898), Exposición Universal de Paris (1900), Exposición Panamericana de Buffalo (1901).

En la Exposición Panamericana de Nueva York, la restricción de la entrada de las madres fue total y se sustituyó su figura por la de enfermeras que cuidaban de manera exclusiva a los niño/as (Kennell & Klaus, 1976). Tras este hecho se produjo un fenómeno al que no se le dio trascendencia y que no sirvió para cuestionarse la actuación llevada a cabo y que era que al finalizar la exposición cuando se entregó de nuevo a los niños a sus madres, algunas de ellas no mostraba interés por su hijo, hubo que persuadirlas para que se llevaran el niño a su casa.

Aunque estas exposiciones tenían únicamente un carácter comercial, el método Couney para atender a recién nacidos prematuros se vinculó directamente a la utilización de la incubadora de tal manera que los numerosos hospitales que adquirieron la incubadora incorporaron espontáneamente este modelo de atención (Bornstein, 2005).

Los principios del cuidado eran la limpieza y la esterilidad y la exclusión de la madre del cuidado del niño, apartándose de las líneas de cuidado que había propuesto en un principio Tarnier.

En 1960 se reconoce la especialidad de Neonatología en muchos países y se produce en muy pocos años un desarrollo tecnológico dirigido a mermar la gravedad de las enfermedades relacionadas con la prematuridad. Sin embargo la figura de los padres se sigue manteniendo apartada del cuidado del recién nacido.

### **El cambio en las Unidades Neonatales.**

No es hasta la década de los 70 cuando podemos afirmar que la balanza se declina a favor de la participación de los padres en el cuidado de sus recién nacidos hospitalizados. Este hecho fue la consecuencia de cuestionarse si la práctica mantenida con los padres hasta el momento era la adecuada y se produjo en la Universidad de Stanford de la mano de Barnett. En ese momento se comienza hablar del posible sufrimiento que los padres pueden experimentar por la ausencia del contacto con su recién nacido (Barnett, Leiderman, Grobstein, & Klaus, 1970).

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Como consecuencia las Unidades Neonatales de Estados Unidos, Canadá, Australia, países escandinavos, Alemania, Bélgica, Holanda, Gran Bretaña, Luxemburgo y Francia ponen en marcha la práctica de hacer a los padres partícipes de la atención de su hijo y se considera un pilar básico y fundamental para los cuidados de excelencia que precisa un recién nacido enfermo.

En España el cambio se produce a un ritmo más lento. Se dispone de información desde 1999 cuando se puede afirmar que la presencia de los padres era casi testimonial (Cuttini et al., 1999). En 2006 un estudio realizado sobre 83 hospitales que atendían niños con un peso menor a 1.500 gramos, mostró que sólo el 10% permitía la entrada libre a los padres siendo en el 20,5% de los casos la situación intermedia entre la entrada libre y el horario restringido.

En el 2010 se constató que el 50% de las unidades permitían el acceso a los padres y madres de forma libre durante las 24 horas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), existiendo, en los centros que aplicaban estas medidas , mayor percepción de la colaboración de la familia desde el primer momento en los cuidados de sus hijos potenciando el vínculo con ellos. En estos hospitales se recogía también una mayor cultura de seguridad.

También en este año el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) publica «Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas», (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

documento orientado a que los profesionales identifiquen buenas prácticas y evidencias para recomendar su aplicación al cuidado y la atención al recién nacido, abordando los aspectos relacionados con el recién nacido sano y su cuidado desde el mismo momento del nacimiento hasta la primera semana de vida. En este documento se describen prácticas como la participación de la familia en las unidades neonatales junto con otros temas como los cuidados madre canguro, los métodos de analgesia no farmacológica, las buenas prácticas en la UCI neonatal, o especificaciones sobre las infraestructuras de estas unidades.

En 2012 un estudio transversal sobre 22 hospitales mostró que en un 82% de las unidades permitía a los padres estar junto a sus hijos en el área de los cuidados intensivos en cualquier momento durante las 24 h del día (López Maestro et al., 2014). Algunos de los procedimientos durante los cuales los padres estaban presentes eran punción lumbar, ecografías, canalización de vías, intubación, aspiración endotraqueal y toma de muestras.

## **2. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO**

### **Situación actual de la prematuridad**

En una revisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se identificó que aproximadamente 11 millones (85%) de los nacimientos prematuros se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%) (Beck et al., 2010).

A pesar de todos los esfuerzos realizados desde el ámbito clínico y de investigación, la frecuencia de prematuridad en los países desarrollados se está incrementando. Se había considerado que con la implantación de los controles obstétricos durante la gestación para toda la población iban a disminuir los nacimientos prematuros, pero esto no ha sido así. En Estados Unidos en 2005, la tasa de nacimientos prematuros había aumentado en un 20% desde 1990 (Hamilton et al., 2006) y en Dinamarca y Noruega, que tiene una cobertura sanitaria universal y unos estándares de cuidados prenatales óptimos, este incremento en la frecuencia de prematuridad fue también similar. En el año 2006 se comunicó, a partir de los resultados de un estudio con base poblacional en Dinamarca (Langhoff-Roos, et al., 2006), que la proporción de nacimientos prematuros se había incrementado un 22% desde 1995 a 2004. En

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Noruega, desde 1980 a 1998, observaron un incremento en la tasa de prematuridad del 25% (Thompson, et al., 2006).

En España, donde reciben cuidados prenatales un 95% de las mujeres embarazadas, el número de niños prematuros ha aumentado de tal forma que, en las últimas tres décadas, casi se ha duplicado (del 4-5 al 7-8%). Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la 37 semana de gestación y justifican el 75 % de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia.

Los datos que aporta el Instituto Nacional de estadísticas (INE) en 2013, sobre en número de nacimientos prematuros en España, Andalucía y Málaga son los siguientes:

***Tabla 1. Nacimientos prematuros.***

	<b><i>EG 32-36 semanas</i></b>	<b><i>EG menor 32 semanas</i></b>
<b>España</b>	23.427	3.588
<b>Andalucía</b>	4.405	685
<b>Málaga</b>	870	95

***Fuente: INE (2014)***





Las causas de este incremento tienen su origen en tres factores:

- El aumento en el empleo de las Técnicas de Reproducción Asistida que implican un mayor número de embarazos múltiples y por lo tanto un mayor riesgo de parto prematuro. No obstante este incremento también se observa cuando se ha implantado un solo embrión (Goldenberg et al., 2008; Hammond et al., 2013; Lu, Qu, et al., 2015).
- Cambio en las condiciones maternas: el incremento de la edad materna también conlleva una mayor frecuencia de parto prematuro y ciertas condiciones laborales y situaciones de estrés en la mujer gestante también se han asociado a una mayor frecuencia de prematuridad (Hogue, Hoffman, & Hatch, 2001; Mozurkewich, Luke, Avni, & Wolf, 2000).
- Los mejores resultados en cuanto a supervivencia de los niños prematuros han incrementado las indicaciones obstétricas para finalizar la gestación antes del término, ya sea por interés materno o fetal (Hammond et al., 2013).

Otros factores de riesgo que se han observado son la paridad, parto prematuro anterior, el índice de masa corporal previo al embarazo, el consumo de tóxicos y el nivel social y educativo (Almario et al., 2009; Chen et al., 2011; Ness et al., 2016; Prunet et al., 2016). En cuanto a este último factor se da la compleja situación de que además, no solo la prematuridad de forma global es

significativamente más frecuente en las mujeres con menos recursos, sino que también el nacimiento de niños muy prematuros (niños con una edad gestacional < 32 semanas) es dos veces más frecuente en las mujeres pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas. Esta situación familiar hace que se asocie a una peor evolución del niño ya que su desarrollo está asociado a corto y medio plazo al nivel educativo materno (Patra, et al., 2016; Wang, et al., 2008).

En el Hospital Costa del Sol se registraron en 2015 un total de 165 nacimientos de edad gestacional igual o inferior a 36 semanas siendo 21 de ellos de edad gestacional menor a 32 semanas. Esta cifra supone un 6% sobre el total de recién nacidos en el centro, 2.747 para ese año.

En cuanto al ingreso en Neonatología 121 precisaron ser hospitalizados mientras que el resto permanecieron en Maternidad y fueron dados de alta junto su madre.

### **Características del recién nacido prematuro**

Los recientes avances en el cuidado de bebés prematuros han dado lugar a un rápido incremento en las tasas de supervivencia. Esto a su vez ha conducido a una creciente demanda de intervención en etapas tempranas y destinada a

prevenir la disfunción del desarrollo y apoyar el desarrollo óptimo (Als, Lester, Tronick, & Brazelton, 1982).

El desarrollo fetal, y particularmente del cerebro, está ontogénicamente programado para desarrollarse en un contexto sensorial determinado: el útero materno. Después de un nacimiento prematuro, este ambiente se interrumpe bruscamente afectando a las experiencias intrauterinas que el feto necesita para seguir madurando: el recién nacido pasa de estar en posición de flexión replegado sobre su eje central en un medio líquido de temperatura apropiada y constante, contenido por la pared uterina que amortigua ruidos y luz del exterior, a un medio totalmente hostil e inadecuado para él.

El nacimiento prematuro interrumpe un proceso de anidación biopsíquica exigiendo un esfuerzo de adaptación del recién nacido a un medio para el cual no se encuentra preparado.

Teniendo en cuenta el proceso establecido del desarrollo del sistema nervioso, durante el último trimestre de gestación, se daría en el feto el crecimiento de células gliales, la mielinización, el crecimiento del cerebelo y las conexiones dendríticas entre neuronas. (Ruiz, 2004). Esta desorganización del árbol dendrítico en este periodo determina y condiciona, en parte, el comportamiento diferente del recién nacido prematuro en comparación con el recién nacido a término. En este periodo ocurre también la organización neuronal del lóbulo frontal, del que dependen muchos aspectos de la inteligencia y personalidad.

El cerebro del prematuro, no está preparado para amortiguar y gestionar una información que termina siendo nociva en cuanto a intensidad, complejidad y duración. El cerebro es “hipersensible”, a cualquier estímulo externo.

La inmadurez es la constante del SNC del pretérmino, caracterizado por tener una cronología madurativa relativamente fija. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales hacen que las lesiones neurológicas más frecuentes puedan ser: la hemorragia intraventricular (sangrado del cerebro en diferentes grados), la leucomalacia periventricular (afectación de la sustancia blanca alrededor de los ventrículos laterales), alteraciones del tono muscular y convulsiones.

A nivel sensorial, pueden desarrollar la retinopatía del prematuro (crecimiento anormal de los vasos sanguíneos en la retina que puede dar problemas importantes de visión), problemas de refracción y sordera uni o bilateral (Gómez, 2006). Los pretérminos son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción (Gómez et al., 2006).

La inmadurez de las estructuras anatómicas y de las funciones fisiológicas y bioquímicas da lugar problemas respiratorios entre otros (apneas, diplasia broncopulmonar, apnea, taquipnea y fatiga). La función pulmonar del pretermino está comprometida por diversos factores entre los que se

encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolocapilar (Rodríguez, S. R., et al., 2008). La patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del pretérmino.

A nivel cardiovascular, presentan alteraciones como hipotensión e hipertensión. La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. También presenta persistencia del ductus arterioso que en ocasiones requiere el tratamiento quirúrgico.

Problemas hematológicos y metabólicos como anemia e ictericia (debido a la inmadurez del hígado y a la función gastrointestinal), alteraciones en los niveles de minerales, calcio y glucosa, y función renal también inmadura. Hipotermia debido a la termorregulación afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor.

A nivel gastrointestinal los prematuros presentan dificultades para coordinar la succión, deglución y respiración antes de las 34-35 semanas de gestación, trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. El uso de alimentación trófica precoz, y los soportes nutricionales parenterales, junto con el uso de leche materna fortificada, son los pilares básicos de la alimentación del pretérmino (Rodríguez et al., 2008).

El sistema inmune del recién nacido pretérmino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La posibilidad de adquirir una infección es alta si se tiene en cuenta la cantidad de intervenciones y procedimientos a los que va a estar expuesto durante la hospitalización.

Desde la observación psíquica, y también por sus características motoras, se produce: hipotonía axial (sensación de flojedad), motilidad espontánea desorganizada (movimientos asimétricos e incoordinados), con una “apatía” hacia los estímulos que les ofrece el ambiente que les rodea.

Estas características, sumadas a su aspecto de delgadez y fragilidad muy diferente de las expectativas que los padres podían tener de su hijo esperado, hacen de él un niño que resulta poco gratificante y, en ocasiones, decepcionante, en sus primeros contactos.

### **Sentimientos Paternos.**

Diversas teorías ponen de manifiesto que en el desarrollo cognitivo y social del niño influyen múltiples factores entre los que se encuentra el entorno familiar y cultural (Laucht et al., 1997). Los recién nacidos prematuros o de muy bajo peso al nacer presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos motores cognitivos y conductuales si se comparan con los recién nacidos a término

(Bhutta et al., 2002; Doyle & the Victorian Infant Collaborative Study Group, 2004). En este punto se conjugan dos situaciones, por una parte la exposición a un medio hostil que supone el ingreso en una unidad de cuidados intensivos lo cual dificulta la organización de un cerebro en desarrollo (Bertelle, Mabin, Adrien, & Sizun, 2005; Brown, 2009; Reyes, 2008) y por otra el impacto emocional que sufren los padres y que modifica su proceso normal de crianza (Spear et al., 2002).

El nacimiento inesperado de un niño prematuro supone para los padres una experiencia traumática que da lugar a sentimientos de angustia (Singer LT et al., 1999; Vanderbilt, et al., 2009) dolor y sentimientos de pérdida (Shaw et al., 2006). Todas las expectativas cambian de manera abrupta.

Durante el ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales los padres pueden experimentar una serie de respuestas después del nacimiento, incluyendo la depresión (Pinelli et al., 2008), altos niveles de estrés y sentimientos de impotencia y carencia de conocimientos sobre cómo interactuar con sus hijos mientras dura el ingreso hospitalario (Cusson, 2003; B M Melnyk et al., 2001; Pinelli, 2000).

El periodo posterior a parto prematuro se identifica como un momento de crisis (Caplan et al., 2000) y afecta a 12,9 millones de recién nacidos y padres, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial.

Los padres que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), pueden llegar a presentar síntomas físicos de estrés (Aravena, et al. , 2002) como consecuencia de la condición de salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado y la separación del binomio padres- hijo (Falcón et al., 2009). La hospitalización provoca diversas reacciones en los padres, en general intensas y perturbadoras.

La apariencia distinta de un bebé esperado junto a la saturación de información, durante las primeras semanas de su existencia y un pronóstico incierto, dificultan profundamente el establecimiento de una relación. Su apariencia frágil y débil, la imposibilidad de alimentarle, la separación y tener que dejarle solo, rodeado de las maquinas en la UCIN son los principales factores generadores de ansiedad para los padres (Ruiz et al., 2005).

En un estudio en el que se llevaron a cabo una serie de entrevistas a padres de recién nacidos prematuros, éstos manifestaron sentimientos de ineficacia ante el nacimiento de su hijo/a, caracterizando su ingreso en la UCIN como algo surrealista y extraño (Fegran, et al., 2008). Sin embargo, estos sentimientos cambiaron radicalmente cuando los padres tuvieron la posibilidad de mantener un contacto piel a piel de forma precoz con el bebe.



La resolución de la pena en relación con el nacimiento prematuro y la calidad entre las primeras relaciones entre los padres y el neonato son predictores significativos en la seguridad del apego infantil para recién nacidos prematuros (Shah, et al., 2011)

Algunos estudios han examinado y comparado las experiencias de los padres tras el alta hospitalaria con un bebé prematuro de bajo riesgo, identificando la percepción del estrés y el afrontamiento (Jones, et al., 2009; Rowe & Jones, 2010). En el momento del alta los padres manifiestan dificultades e identifican la situación como desafiante y controlable.

Los resultados han indicado también que la percepción que los padres tienen del apoyo recibido por la enfermera disminuye los síntomas de depresión considerándose a la enfermera neonatal como dispensadora de altos niveles de apoyo y un recurso importante para las madres (Davis et al., 2003).

Cada vez es mayor la certeza de que parte de las alteraciones neurológicas se relacionan entre otros muchos factores, con los cuidados proporcionados tras el nacimiento (Als et al., 2004; Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005; Bonnier, 2008). Un metanálisis que evaluó la efectividad de la intervención temprana sobre el desarrollo tras el alta hospitalaria de recién nacidos pretérmino, demostró que las intervenciones que se centran en la relación padre-lactante y desarrollo infantil tienen mayor impacto en el desarrollo cognitivo de niño a corto y medio plazo (Symington & Pinelli, 2006). Estas intervenciones se

centran en sensibilizar a los padres ante las señales del lactante y mostrar respuestas adecuadas a las necesidades del mismo. Por tanto las interacciones efectivas padre-lactante influye positivamente en el desarrollo social cognitivo de los niños (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005).

El conocimiento del profesional sanitario de las experiencias de los padres de los niños en las unidades neonatales es esencial para la calidad de la atención proporcionada y parece esencial para conseguir un resultado óptimo (Heidari, Hasanpour, & Fooladi, 2013).

### **El vínculo y el apego.**

La hospitalización de un recién nacido está siempre acompañada de una gran movilización emocional de la familia como un todo y más directamente de los padres. El nacimiento de un nuevo integrante de la familia normalmente simboliza alegría, celebración y expectativa. Cuando algo interrumpe esta armonía, se producen sentimientos en los padres de fracaso y drama (Arenas et al., 2005; Serradas Fonseca, 2003). Se interrumpen los primeros contactos entre la madre y el niño, los cuales son muy importantes para la construcción y fortalecimiento de la unión entre este binomio (Falcón et al., 2009). El vínculo y el apego se ven amenazados.



La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional y puede considerarse sin ninguna duda uno de los hitos fundamentales de la psicología contemporánea.

En 1958, Jhon Bowlby, médico psicoanalista inglés, a partir de su trabajo clínico y de su propia unidad de investigación centrada en el estudio de las relaciones familiares, elabora la teoría del vínculo a partir de las aportaciones de la etología, Bowlby definió el apego como las conductas de acercamiento que realiza el recién nacido hacia el progenitor, en general, la madre en su contexto, para buscar protección.

En 1954 Bowlby (Bowlby, J., 1968) recomienda en su informe para la OMS:

“Es esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tengan una relación íntima, cálida y continua con su madre en la que los dos encuentren alegría y satisfacción”

La unión que se produce entre el bebé y su madre se identifica como un comportamiento instintivo, surgido en el curso de la evolución de la especie, por su innegable valor de supervivencia (Garelli & Montuori 1997). Se considera por tanto algo básicamente primario.

Este comportamiento no se plantea como algo preestablecido y seguidor de unas pautas de funcionamiento sino como un plan programado con objetivos que se modifican en función de los comportamientos y adaptado a cambios

ambientales y culturales. El apego hace referencia a una serie de conductas diversas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad y morfología de sus manifestaciones, va a depender de diversos factores contextuales e individuales

El *Sistema Comportamental de Apego* es un sistema de control motivacional conductual, evolucionista y adaptativo cuyo objetivo es procurar la seguridad del niño a través de su la relación con su cuidador primario. Ambos desarrollan los denominados modelos de representación interna definidos por Bowlby como representaciones, mapas cognitivos, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno y que posibilitan la organización de la experiencia subjetiva y cognitiva y la conducta adaptativa (Bowlby, 2008). Además de establecerse en el niño, en los padres y madres se desarrollan también estos modelos de representación sobre su hijo, definiéndose ciertos tipos de pensamientos y sentimientos sobre él que determinan las expectativas y comportamientos entre ambos. La sensibilidad de los cuidadores y la respuesta que éstos son capaces de dar a las demandas y necesidades del niño están condicionados por estos modelos de representación interna.

Mary Ainsworth, una investigadora colaboradora de Bowlby, advirtió de la importancia de además determinar la calidad que revestía la relación vincular.

Diseñó una prueba denominada “la Situación del Extraño” que permitía evaluar

la condición del vínculo a través del perfil de interacción madre hijo. La prueba permitía explorar cómo reaccionaba el niño ante una situación extraña y la ausencia de la madre. La situación extraña debía activar los mecanismos de protección del niño. Del mismo modo evaluaba la reacción de la madre y las estrategias que ponía en marcha para proporcionarle seguridad y confort a su hijo.

A partir de estas pruebas, Mary Ainsworth definió tres patrones básicos de vínculo afectivo (Ainsworth & Wittig, 1969):

**Apego seguro:** Es el patrón óptimo de apego. La madre presenta una gran sensibilidad y adecuada percepción e interpretación a las señales del niño respondiendo de una manera óptima a ellas, fortaleciendo así interacciones sincrónicas. Ante la Situación del Extraño, el niño utiliza la figura de la madre como base de su comportamiento exploratorio y le afecta su ausencia. Su regreso a la situación le produce alegría y busca el contacto físico con ella durante unos minutos para luego volver a explorar el entorno que le rodea. De esta manera, el niño tiene confianza en que sus figuras de apego están disponibles y le ayudarán en todo momento. Respecto a su dominio personal, suelen ser personas más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias y, en su relación intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con percepciones coherentes de sí mismas.

Apego inseguro evitativo: Corresponde a una conducta materna que tiene tendencia a aumentar la distancia respecto a su hijo alternando fases de sobrestimulación con otras de una total indiferencia. Ante la Situación del Extraño, el niño no utiliza la figura de la madre como base de la exploración y no modifican su comportamiento ante su ausencia y regreso, incluso rechazan el acercamiento si la madre busca el contacto con ellos. A veces, se asocia a madres que maltratan a sus hijos, ya sea de manera física, verbal, o a través de su indiferencia. Son niños con manifestaciones mínimas de afecto o con angustia hacia su cuidador. Esto suele llevar a la creación y desarrollo de estructuras cognitivas muy rígidas y más propensas al enojo y a otras emociones negativas.

Apego inseguro ambivalente: En este caso, existe una inconsistencia en las habilidades emocionales de los cuidadores, pudiendo, en algunas ocasiones, mostrarse excesivamente gratificantes o, en otras, llegar a provocar temor a través de amenazas o actos de violencia. Esta situación produce en los niños también una ambivalencia, pues buscan la proximidad de la figura cuidadora y, al mismo tiempo, se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando, en muchas ocasiones, actitudes agresivas. Ante la Situación del Extraño se mostraban preocupados en todo momento por el paradero de sus madres no desarrollando comportamientos exploratorios. Ante su ausencia se mostraban



inconsolables y ambivalentes a su regreso. Desean y necesitan tener la interacción pero también temen perderla.

En las últimas décadas va teniendo una importancia creciente la investigación sobre el apego en poblaciones de riesgo, incluidos los grandes prematuros.

En general, hay consenso en diferenciar las conductas interactivas de las madres de grandes prematuros de las de nacidos a término sanos: se las describe como más activas y vigilantes, y con menos sensibilidad en las respuestas a sus bebés. Su percepción y respuesta a las reacciones de su hijo están alteradas (Muller-Nix et al., 2004; Wijnroks, 1999).

En actividades como la alimentación, estas madres se muestran en una actitud más rígida, con llamadas continuas para que coman, con menos conductas exploratorias visuales, les tocan menos. Mientras que las madres de recién nacidos a término se dirigen a ellos por su nombre, les hacen preguntas y convierten ese momento en un tiempo para descubrirse y conocerse mutuamente (Charavel, 2000). La evolución de estas respuestas se suele producir a los tres meses de edad corregida.

A pesar de los diferentes modos tempranos de relación que se produce entre el bebé y su madre, algunos estudios muestran a los dos años de edad del bebé, una distribución de relaciones de apego seguras e inseguras de los grandes prematuros comparable a la de los bebés a término, lo mismo que el modelo vincular de las madres de dichos niños (González-Serrano et al., 2012; Ibañez,

2005). El vínculo tiende a estabilizarse en su pauta predominante a pesar de que el estrés afecte a las conductas interactivas.

Otros estudios, en cambio, demostraron representaciones distorsionadas del modelo vincular inseguro en madres de niños pretérmino de alto riesgo, mientras que las madres de prematuros de bajo riesgo no tenían representaciones comprometidas. Estos hallazgos sugieren que la respuesta de los padres para un nacimiento prematuro está vinculado a la gravedad de los riesgos postnatales y pone de manifiesto la necesidad de evaluar actuaciones preventivas (Borghini et al., 2006; Vizziello, Rebecca & Calvo, 1997).

En este grupo de población se observó también, en seguimiento a los seis años, tendencia a pasar de relaciones de apego seguro a inseguro a los largo de la infancia, al contrario de lo que suele suceder en los niños a término que tienden a evolucionar a modelos vinculares más seguros. Este hecho puede estar condicionado por la carencia de soporte social y las repercusiones que los retrasos tienen sobre el estilo de vida al hacerse con el tiempo más evidentes (Mangelsdorf et al., 1996)



## **Programas centrado en los recién nacidos.**

### **Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA)**

Para contextualizar este proyecto es necesario hacer una descripción de la situación de la Atención Perinatal a nivel mundial. A inicios de la década de los 80 la OMS alertó sobre la prácticas de los profesionales en las políticas destinadas a la atención del parto y del recién nacido, poniendo énfasis en las crecientes tasas de cesáreas y el decreciente interés en la lactancia materna. A partir de esta evaluación la OMS y UNICEF crearon una estrategia de fomento de la lactancia materna a nivel mundial, englobada en la creación del concepto de “Hospital Amigo de la Madre y del Niño”. El motor de este proyecto fue el diseño de una metodología específica conocida como “Los 10 pasos para una lactancia exitosa” (World Health Organization, UNICEF, Wellstart International., 2009). (Anexo 1).

En la misma línea en España El Ministerio de Sanidad y Consumo lanzó en 2007 la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Hasta entonces, en comparación con el entorno europeo, la atención sanitaria del parto en España se situaba en un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados, como sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica. Este modelo

coexiste en el entorno europeo con otros modelos de atención alternativos. En el otro extremo se encuentra el modelo que, por ejemplo, siguen en Holanda y Países Escandinavos, desinstitucionalizado y atendido fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas. También hay un modelo intermedio que plantea un parto institucionalizado y humanizado, donde entran países como Reino Unido o Alemania

En este escenario inicia su actividad el PHAPA que comienza su actividad en 2006 a partir de diversos convenios de colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Ministerio de Sanidad. Este proyecto plantea el impulso de la humanización de la atención perinatal desde una perspectiva de género según las líneas de trabajo enmarcadas en lo establecido por los Decretos 101/1995 y 246/2005 de la Junta de Andalucía así como en la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud” del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Su objetivo es ampliar el concepto de atención en el proceso de parir y de nacer centrado en los derechos de la ciudadanía, mediante la actualización de procedimientos de atención al parto y nacimiento, los cuidados de la madre y del recién nacido así como la promoción de la lactancia materna.

Andalucía propone mediante este proyecto, el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de la



tecnología con la participación de las mujeres y sus parejas en el propio proceso. Los objetivos generales de este Proyecto son:

- Impulsar la atención humanizada al parto normal como una de las prestaciones de los Servicios Sanitarios Públicos en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Mejorar la calidad de la atención al proceso de nacimiento, con una perspectiva de género, incrementando el protagonismo de la mujer durante su propio parto, implicando a la pareja de forma activa en todo el proceso de nacimiento y crianza, potenciando el vínculo entre la madre y su hijo/a recién nacido/a, fomentando el contacto permanente desde el mismo momento del nacimiento y la lactancia materna.
- Garantizar la asistencia prestada en base a la evidencia científica, en el mejor conocimiento disponible y en ejemplos de buenas prácticas.
- Ofrecer a las gestantes sin factores de riesgo o con bajo riesgo, una asistencia al parto de forma natural, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria para evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer y su pareja.
- Actuar de forma específica en la mejora de la accesibilidad, equidad y calidad de la atención a mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Una de las perspectivas que aborda el proyecto es la crianza entendiéndola como ayudar a crecer y a desarrollarse durante todo el periodo en el que tanto la madre como su pareja apoyan y cuidan al bebé porque depende de ellos.

Es importante tener en cuenta el modelo de crianza que elige cada familia siempre y cuando respete los derechos básicos del niño o la niña y se desarrolle en un marco favorecedor de su desarrollo.

La lactancia materna es una de las decisiones más importantes a proteger al inicio del proceso de crianza garantizando que la decisión se toma de manera libre e informada. Amamantar estrecha el vínculo afectivo madre-bebé.

Dentro de la crianza, el PHAPA también hace hincapié en posibilitar que los padres permanezcan todo el tiempo que puedan con su hijo o hija, con especial atención en el caso de que estén enfermos o hayan sido prematuros. El contacto es fundamental para su correcto desarrollo.

En este contexto el Hospital Costa del Sol pone en marcha medidas de mejora para el cumplimiento de estándares de calidad relacionados con la atención perinatal. Se convierte en el primer hospital en Andalucía en implantar este nuevo reto. Entre otras medidas se formó en lactancia materna al 100% de los profesionales del área Materno Infantil y se optó a la acreditación que reconoce la Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la



***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Lactancia (IHAN) promovida por la OMS y UNICEF obteniendo el galardón en 2009.

En relación a la prevalencia de lactancia materna, en España se sitúa para las primeras 6 semanas de vida en el 66,2%, para los 3 meses en el 53,6% y para los 6 meses en el 28,5% (Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística., 2012). Estudios posteriores han puesto de manifiesto tasas de lactancia materna del 81% (Rius et al., 2014) y del 85% (Oribe et al., 2015).

En 2008 un estudio realizado en el Hospital Costa del Sol en el ámbito del PHAPA, constató un elevado porcentaje de lactancia materna completa a los seis meses de edad (67,3%) y un porcentaje aceptable de lactancia materna exclusiva (32,7%) (Medina et al., 2011). .

Estas cifras han ido aumentando en los últimos años. Los datos sobre Lactancia Materna y Lactancia Mixta en el Hospital Costa del Sol, son los siguientes:

***Tabla 2. Lactancia alta en el Hospital Costa del Sol***

<b>Año</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
<b>Lactancia Materna</b>	63% (2017)	74,5% (2192)	81% (2215)	84,3% (2244)
<b>Lactancia Mixta</b>	3,7% (121)	4,9% (145)	3,7% (100)	2,9% (77)

***Fuente: Elaboración propia***

### **Atención centrada en la familia.**

La Carta Europea de los niños hospitalizados, establece que «cualquier niño o niña que esté ingresado en el hospital tiene derecho a estar acompañado/a de su padre, madre o de las personas cuidadoras» (Diario de las Comunidades Europeas., 1993)

Los recién nacidos prematuros que se ven obligados a permanecer ingresados en una unidad neonatal deben mantener, en la medida de lo posible, el vínculo familiar que es el entorno fundamental y natural donde crecen y se desarrollan, de forma que evolucionen en una situación lo más natural y normal posible.

La atención centrada en la familia tiene como objetivo favorecer este entorno haciendo hincapié en la implicación y responsabilidad de los padres en los cuidados de sus recién nacidos, aumentando su seguridad y disminuyendo el impacto que el proceso de hospitalización supone sobre la unidad que forman (madre-padre-recién nacido).

Diversos estudios muestran el beneficio de la estancia de las madres y padres junto a su recién nacido. Entre otros aspectos se observa la reducción de la duración total de los días de ingreso, el aumento porcentaje de bebés con lactancia materna instaurada al alta y la ganancia de peso (Ortenstrand et al., 2010; Westrup, Sizun, & Lagercrantz, 2007).

En relación a los padres se ha observado que las intervenciones contribuyen en la reducción del estrés y mejoran la percepción que tienen sobre la atención a su recién nacido. Los profesionales del equipo de salud también aumentan su satisfacción cuando aplican Cuidados Centrados en el Paciente y la Familia (Balbino, Balieiro, & Mandetta, 2016).

Un ejemplo de participación de los padres lo constituye el programa educativo-conductual COPE (Creando Oportunidades para Padres de Empoderamiento) desarrollado en EEUU.

En este programa las familias recibían intervenciones a través de sesiones en cinta de audio y material escrito. En ellas se recogía información sobre el comportamiento, aspecto y las características de los recién nacidos prematuros así como la mejor manera de interactuar con ellos. Los resultados indicaron que el programa COPE suponía un ahorro de costes importante por niño. Además de mejorar los resultados primarios y secundarios (Melnyk & Feinstein, 2009). En relación a la madre disminuían la ansiedad y depresión materna después del alta (Borimnejad et al., 2013; Melnyk, et al. , 2008; Mianaei, et al., 2014). Con respecto al bebé, aquellos prematuros que recibían COPE presentaban menor ansiedad durante el ingreso (Oswalt, et al., 2013) y menor número de síntomas negativos de comportamiento y conductas de externalización a los 12 meses (Melnyk et al., 2004).

En resumen un programa de intervención educativa-conductual reproducible para padres que comienza temprano en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) puede mejorar los resultados de salud mental de los padres, mejorar la interacción entre padres e hijo, y reducir la duración de la estancia hospitalaria ( Melnyk et al., 2006).

### **Cuidados centrados en el desarrollo (CCD).**

Los cuidados centrados en el desarrollo suponen un nuevo enfoque en el manejo de los/as niños/as en las unidades de neonatología encaminado a mejorar el desarrollo neurológico del neonato y a promover un mejor establecimiento del vínculo con la familia. Tienen como objetivo favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del niño.

Este tipo de cuidados se basa en la reducción del estrés, la práctica de intervenciones que apoyen al recién nacido y el reconocimiento del papel de la familia durante la hospitalización del mismo, considerándolos a ambos (recién nacido y familia) como una sola unidad.

Los CCD implica un cambio en el posicionamiento de los profesionales que deben adaptar sus prácticas a un nuevo modelo de cuidados en el que los padres participan activamente y los recién nacidos precisan de manera inexorable de esa participación (Sizun & Westrup, 2004). Tienen como ventaja



principal sobre otras intervenciones, que no requieren de grandes inversiones económicas y dependen de la formación del personal y de cambios de actitudes y cultura de las unidades.

Se basan en las siguientes intervenciones:

- Control de la luz y el ruido a través de la utilización de cobertores y de atenuantes del ruido así como de instrumentos de medición de la contaminación acústica.
- Intervenciones específicas para ayudar al niño a desarrollar sus capacidades utilizando nidos, ropa y evaluando y modificando su posicionamiento en la incubadora.
- Manejo del dolor con medidas de confort, medidas no farmacológicas y farmacológicas.
- Política con los padres y familiares, fomentando la máxima implicación de los mismos en el cuidado del neonato a través de su permanencia y entrada libre a la unidad durante las 24 horas del día. Con espacios específicos para su comodidad y la promoción de la realización del método canguro.

Este tipo de cuidados se encuentra ampliamente implantado en numerosos países europeos mientras que en España la incorporación en las prácticas rutinarias está siendo más paulatina.

Un estudio realizado en 2012 en nuestro país, en unidades neonatales que atendían al año al menos a 50 recién nacidos menores de 1500 gramos, mostró mejoría con respecto al periodo anterior estudiado, en la implantación de medidas ambientales para el control de la luz y el ruido, cuidado del posicionamiento, en la política de puertas abiertas a los padres y en la realización del método canguro; sin embargo en el resto de cuidados no se había avanzado en su implantación (López Maestro et al., 2014).

Un ejemplo de cuidados centrados en el desarrollo es el modelo NIDCAP desarrollado por la NFI (Federación Internacional NIDCAP) que promueve la evaluación y el cuidado individualizado del desarrollo del recién nacido.

Los estudios más recientes muestran en los recién nacidos muy prematuros (edad gestacional inferior a 29 semanas y/o peso inferior a 1500 gramos) mayor atención y regulación, menos excitabilidad e hipotonía y un menor estrés si son atendidos en unidades que tienen un alto índice de participación de los padres en el cuidado de su bebé y otras intervenciones relacionadas con el desarrollo. Así mismo en las unidades que utilizan medidas de control de dolor los recién nacido gran prematuros presentan mayor atención, menor letargo y aumento de reflejos óptimos ( Montiroso et al., 2012). También disminución de los problemas de comportamiento a los 18 meses, hasta el punto de que

presentan un perfil de comportamiento similar al mostrado por los niños a término (Montirosso et al., 2016).

A los 36 meses, grandes prematuros que habían recibido niveles altos de cuidados centrados en el desarrollo, mostraron también menos retraso en las habilidades del lenguaje (Montirosso et al., 2016). Sucede lo mismo en edad escolar al presentar un mayor desarrollo neurofisiológico y una mejor estructura cerebral (McAnulty et al., 2012).

El éxito de las intervenciones de atención orientada al desarrollo en UCIN y más allá de la estancia hospitalaria, depende en gran medida de la participación de la madre y la familia del prematuro en el programa de intervención.

La mayoría de la literatura muestra efectos positivos sobre el desarrollo neurológico, fisiológico y estados del comportamiento. Puesto que las intervenciones son factibles y rentables, deben llevarse a cabo para ayudar a los recién nacidos prematuros a afrontar las exigencias medioambientales de la unidad de cuidados intensivos neonatales e incluso tras el alta (Ramachandran & Dutta, 2013).

### **La lactancia en el recién nacido prematuro.**

La lactancia materna es universalmente aceptada como la alimentación preferida para todos los recién nacidos, incluidos los recién nacidos prematuros. Sin embargo las tasas de lactancia materna en este grupo son reducidas (Benevenuto de Oliveira et al., 2007; Berrani et al., 2015; Demirci et al., 2012). Por razones que son multifactoriales, los bebés nacidos semanas antes de tiempo son menos propensos a iniciar la lactancia materna, y los que amamantan lo hacen por una duración más corta que los neonatos a término.

Las madres de los recién nacidos prematuros viven la lactancia materna como una experiencia de unión positiva y a la vez una experiencia desafiante, llena de luchas y sentimientos de culpa y fracaso. Refieren este proceso como una experiencia de unión para ellas y sus bebés e incluso como la opción elegida si se produjera el nacimiento de un futuro hijo (Kair et al., 2015).

Un estudio realizado sobre 100 recién nacidos prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Lagomaggiore Mendoza en Argentina concluyó que la alimentación precoz con leche humana (nutrición enteral trófica) y con fortificadores de leche humana mejoró la tolerancia enteral, y disminuyó los días en recuperar el peso de nacimiento, los días de ayuno y también el tiempo en alcanzar el aporte enteral total, todos de manera significativa. Las madres

podieron mantener una lactancia materna parcial con curvas de crecimiento aceptables al año de edad corregida.(Torres, et al., 2004)

Es bien conocido el beneficio de la lactancia materna en este grupo de población (de Pediatría, 2004).

***Tabla 3. Ventajas de la leche materna en el recién nacido pretérmino***

- 
- Perfiles fisiológicos de lípidos y aminoácidos
  - Contiene aminoácidos esenciales para el pretérmino
  - Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos
  - Baja carga renal de solutos
  - Presencia de enzimas activas y factores antiinfecciosos
  - Micronutrientes en cantidades fisiológicas
  - Baja osmolaridad
  - Especificidad de especie con biodisponibilidad única
  - Protección frente a enterocolitis necrosante
  - Maduración más rápida del tracto gastrointestinal
  - Protección frente a infecciones nosocomiales
  - Mejora la función retiniana
  - Mejora el desarrollo cognitivo
  - Ventajas psicológicas para la madre
- 

***Fuente: Lactancia materna: Guía para profesionales*** (de Pediatría, 2004)

Múltiples estudios justifican el uso de leche humana de prematuros, preferiblemente de la propia madre, como estrategia que disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante (ECN). La leche materna contiene factores que incrementan la maduración, proveen factores de inmunidad pasiva tales como IgA y macrófagos, y no específicos tales como lactoferrina y lisozimas (Kantorowska et al., 2016; Talavera et al., 2016). La leche materna proveniente

de la propia madre constituye sin lugar a dudas la mejor elección, por lo tanto debe promoverse, facilitarse y protegerse.

**Tabla 4. Algunas diferencias de la leche materna pretérmino versus término.**

Días después del nacimiento	Pretérmino (3 días)	Pretérmino (7 días)	Pretérmino (28 días)	Leche a término (7 días)
Proteínas (g)	3,2	2,4	1,8	1,3
Grasas (g)	1,6	3,8	7,0	4,2
Carbhidratos (g)	6,0	6,1	7,0	6,9
Calcio (mg)	21	25	22	35
Fósforo (mg)	9,5	14	14	15
Aporte calórico (Kcal)	51	68	71	70

**Fuente:** *Lactancia materna: Guía para profesionales* (de Pediatría, 2004)

La evidencia sugiere que la lactancia materna durante la lactancia reduce el riesgo de síndrome metabólico (SM) y sus factores de riesgo concomitantes en la vida adulta. En los recién nacidos prematuros, el tipo de exposición de alimentación en el periodo postnatal temprano puede influir en la glucosa, el metabolismo de los lípidos y lipoproteínas, y afectar a los marcadores del SM. (Ikeda et al., 2014)



A través de un estudio realizado con 926 recién nacidos prematuros de cinco centros diferentes del Reino Unido se proporcionó la primera evidencia de una asociación beneficiosa entre la leche materna y la morfología y la función cardíaca en la vida adulta de los nacidos prematuros apoyando de manera incuestionable la promoción de la leche humana para el cuidado de los recién nacidos prematuros en pro de la reducción el riesgo cardiovascular a largo plazo (Lewandowski et al., 2016).

Un estudio cualitativo realizado en Francia con padres de recién nacidos prematuros sobre los que se analizó su percepción sobre la lactancia materna y sobre la extracción de la leche, concluyó que eran sensibles a los argumentos relacionados con los beneficios de la leche humana y que percibían como agotador las intervenciones relacionadas con la extracción de la leche (tiempo, manejo del extractor, suplementación de la toma por sonda nasogástrica). Por otro lado resaltaban la figura de ayuda a la mujer dentro del proceso de alimentación de su hijo prematuro (Denoual, et al., 2016).

### **Elementos facilitadores y barreras para la lactancia materna en los recién nacidos prematuros.**

Los patrones de alimentación del recién prematuro una vez es dado de alta influye en la duración de la lactancia materna. Conocerlos es importante, sin embargo son escasos los estudios que estudian estos patrones durante el primer año de vida de los bebés. En Suecia aquellos prematuros con lactancia

materna exclusiva durante la hospitalización tomaban 14 veces al día (4 por la noche) y 10 veces al día (2 por la noche) tras el alta de la unidad neonatal. En los bebés amamantados en forma parcial el número de tomas a los 6 meses fue 5 (2 veces por noche) (Oras et al., 2015).

Durante el ingreso la edad gestacional se considera un factor predictor de la lactancia materna así como el contacto piel con piel temprano (Lucas & Smith, 2015). El nivel de estudios de la madre y que el bebé prematuro no precise soporte respiratorio con ventilación mecánica (Niela-Vilén et al., 2016) pueden influir también en la lactancia materna.

Otro estudio reveló que una actitud favorable por parte de la madre influía sobre la frecuencia de la lactancia materna, aunque también mostró que pese a que estas actitudes fueron positivas inmediatamente después del nacimiento, posteriormente iban disminuyendo durante las estancia hospitalaria de su bebé (Sharp et al., 2015).

Ser madre soltera y la obesidad se presentaron como barreras para la continuidad de la lactancia materna entre las madres de prematuros (Barois, Grognet, Tourneux, & Leke, 2013; Kair & Colaizy, 2016b).

En Pennsylvania los factores que condicionaron el inicio de la lactancia materna de los prematuros fueron variables sociodemográficas como el estado civil, la





edad, la raza / origen étnico, la educación, la paridad, la participación en el programa infantil y el consumo de tabaco (Demirci et al., 2012).

El inicio temprano de la extracción de la leche materna antes de 12 horas después del parto puede aumentar las tasas de lactancia, y parece que el uso de pezoneras debe ser restringido. El uso de control de peso y reducir al mínimo el uso del chupete puede promover el establecimiento de la lactancia materna exclusiva, pero se necesita más investigación en relación con el apoyo adecuado a la madre tras el alta hospitalaria (Maastrup et al., 2014b).

Otro estudio con prematuros fijó en cinco meses la duración de la lactancia materna e identificó la edad gestacional menor como obstáculo para la duración de la misma. Los resultados positivos en lactancia materna fueron 2,6 veces mayores en prematuros mayores de 32 semanas. Además aquellos recién nacidos que recibía suplemento con fórmula ya desde la primera visita tras el alta hospitalaria presentaban tres veces más riesgo de abandono de la lactancia materna (Freitas et al., 2016).

La ayuda recibida durante el parto y hospitalización y posteriormente en el domicilio por parte de los grupos de apoyo constituye también un pilar fundamental a favor de la lactancia semanas tras el parto. En un estudio realizado en el Reino Unido las madres de prematuros que reportaron recibir los datos de contacto de los grupos de apoyo a la lactancia materna tenían una probabilidad más alta de la lactancia materna a los diez días tras el alta. Por el

contrario las que informaron que no recibieron suficiente ayuda con la lactancia materna en el hospital tenían una menor probabilidad de lactancia tardía (Rayfield et al., 2015). En otro estudio las madres refirieron un apoyo a la lactancia inadecuado de los proveedores después del alta hospitalaria (Kair et al., 2015)

Por otro lado un estudio cualitativo localizado en Italia, Reino Unido y Francia puso de manifiesto que las políticas de promoción de la salud en las unidades neonatales son necesarias para aumentar el número de niños que reciben leche de su madre y para apoyar a las madres en la puesta del bebé al pecho. Se encontraron diferencias en cuanto la información proporcionada y el énfasis en factores como el valor nutricional o inmunológico, la extracción de la leche o la utilización del biberón, por lo que la integración de los conocimientos sobre los diferentes enfoques de la lactancia materna en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales Europeas, podría mejorar la pertinencia de las recomendaciones en múltiples entornos culturales (Bonet et al., 2015).

Sin embargo en un estudio de prevalencia realizado en Marruecos la estancia hospitalaria presentó una influencia inversa sobre la lactancia en los recién nacidos prematuros (Berrani et al., 2015). El impacto negativo de la duración de la estancia en la unidad neonatal en la lactancia materna pone de nuevo de manifiesto que este aspecto es un reto para los profesionales de la salud que

deben adaptar y reforzar las estrategias de estímulo y apoyo a la lactancia materna durante la estancia en neonatología y después del alta, para asegurar una nutrición adecuada para los bebés prematuros (Nagulesapillai et al., 2013; Berrani et al., 2015).

### **Cuidados enfermeros en el prematuro y la lactancia materna.**

La atención al recién nacido prematuro enfocada al éxito de la lactancia materna, pasa por la inclusión de las madres en el cuidado de sus hijos a través de la información y educación. Esta postura facilita al profesional de enfermería la planificación de cuidados y programas específicos (Guerra, Clemente, Cárdenas, & Helena, 2008).

Pero muchas veces estas madres pueden verse sometidas a informaciones contradictorias por parte del personal sanitario que llevan al fracaso del proceso (Rodríguez, Miracle, & Meier, 2005). El número de enfermeros que atienden al niño durante la hospitalización y la calidad de la transferencia de información entre los cambios de turno, pueden ser obstáculos para que la comunicación con los padres se perciba como poco clara y de escasa utilidad (Wigert, Dellenmark, & Bry, 2013)

De ahí la necesidad de realizar Planes de Cuidados estandarizados que unifiquen intervenciones, eviten errores y guíen al profesional dentro del ámbito hospitalario (Borrero-Pachón, Olombrada-Valverde, & Martínez de Alegría, 2010).

**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

La Unidad de Neonatología del Hospital Costa del Sol, dispone de un plan específico para el recién nacido prematuro.

**Tabla 5. Plan de Cuidados Enfermeros para el Recién Nacido Prematuro. Unidad de neonatología. Hospital Costa del Sol**

<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>	<b>NIC</b>	<b>NOC</b>
Riesgo/deterioro de la integridad cutánea	Vigilancia de la piel (3590) Cambios posturales (0840) Cuidados de la piel (3584) Cuidados de los ojos y boca (1650, 1710)	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
Riesgo de infección	Control de infecciones (6540) Vigilar signos y síntomas de infección (6550)	Severidad de la infección: recién nacido (0703)
Riesgo/conducta desorganizada del lactante	Fomento de los cuidados de desarrollo y método canguro (6824) Vigilancia neurológica (2620)	Horas del sueño cumplidas. 0401) Signos vitales. En el rango esperado. (0802) Tono muscular (021202)
Deterioro del intercambio gaseoso	Administrar oxigenoterapia (3320) Aspiración de vías aéreas. (3160) Monitorización de signos vitales (6680)	Ausencia de dificultad respiratoria (040316)
Termorregulación ineficaz	Vigilar signos y síntomas de hipo/hipertermia. (3900) Manejo de la N <sup>o</sup> ambiental (6480)	T <sup>a</sup> Corporal (0800)
Conocimientos deficientes/ (00126)	Asesoramiento y ayuda en la LM (5244, 1054) Aplicar el protocolo educativo. Enseñanza individual (5606) Asesoramiento (5240) Apoyo emocional (5270)	(1800). Conocimiento: lactancia materna

**Fuente: Elaboración propia.**

Los beneficios de la lactancia materna son máximos en los recién nacidos pretérmino por lo que la actuación del personal enfermero debe ir enfocada a



ofrecer ayuda experimentada, para superar las dificultades derivadas de las características especiales de su recién nacido prematuro y así asegurar una mejor instauración de la lactancia. A la vez que se evitan y detectan rutinas o prácticas que puedan interferir en el inicio o mantenimiento de la lactancia materna (Hernández Aguilar & Aguayo Maldonado, 2005). Por ejemplo:

a) Es necesario informar a la madre y los familiares de los riesgos de morbilidad y mortalidad extra que la alimentación de un prematuro con sucedáneos conlleva y cómo pueden evitarse mediante la alimentación con lactancia materna.

b) La gran mayoría de los recién nacidos pretérmino con peso al nacimiento por encima de 1.500 gramos son capaces de mamar directamente del pecho de su madre desde el momento del nacimiento y no requieren ningún aporte extra de nutrientes por lo que las estrategias nutricionales deben ser las mismas que para los nacidos a término.

Si bien es cierto, que los padres de los neonatos reciben la mayor parte de la información sobre la condición clínica del neonato y su evolución directamente de los médicos, el cuidado de sus hijos lo aprenden directamente de las enfermeras. La enseñanza que la enfermera ofrece a los padres acerca del cuidado de sus hijos, especialmente cuando son prematuros, es fundamental; y los profesionales de enfermería siempre debemos estar abiertos a la

retroalimentación que puede obtener de los padres de los neonatos sobre el cuidado de sus hijos (Fegran, Helseth, & Slettebø, 2006).

**Tabla 6: Estrategias para la alimentación con leche materna en el recién nacido prematuro**

- *Informar a la madre lo antes posible, de que su leche es la mejor para su recién nacido pretérmino*
- *Facilitar el uso de bombas de extracción y mantenimiento de la leche en las Unidades Neonatales.*
- *Favorecer la nutrición enteral mínima o trófica con calostro materno*
- *Usar leche fresca de su propia madre o refrigerada (antes de las 48 horas)*
- *Si no hay leche fresca, usar leche congelada de su madre, por orden de antigüedad para obtener las mejores ventajas nutricionales*
- *Iniciar el uso de fortificantes cuando la tolerancia enteral alcanza los 100 ml/kg/día y/o a la semana de vida. Mantener hasta que el niño tome la alimentación directamente del pecho*
- *El incremento de peso óptimo es 15 g/Kg/día, si no se alcanza, se usan suplementos de la leche “del final” de su madre*
- *Si no hay leche suficiente, suplementar con leche especial para pretérminos.*
- *Proporcionar contacto piel con piel y entrada sin restricciones a la unidad*
- *Favorecer la succión no nutritiva durante el contacto piel con piel*
- *Cuidar la espera y transición en las madres de los niños que no pueden mamar directamente: dar la leche materna por sonda, vaso o cuchara.*
- *Felicitar a la madre en las primeras puestas al pecho, informar de la utilidad del contact piel con piel y de las primeras succiones.*
- *El número de tomas al pecho es variable.*
- *Facilitar el contacto con grupos de madres en situaciones similares.*

**Fuente: Manual de Lactancia Materna (de Pediatría, 2008)**

El personal enfermero debe partir de la premisa de que los padres de los neonatos siempre están dispuestos y quieren aprender a cuidar a su hijo. Es necesario promover y facilitar el encuentro entre los padres de los prematuros y las enfermeras generando una relación de compañerismo y trabajo en equipo (Guerra et al., 2008). Los padres experimentan la comunicación con el personal

de la UCIN como esencial para la gestión de su situación, percibiendo alivio ante las circunstancias difíciles. Por el contrario, la falta de comunicación contribuye a la sensación de soledad, el abandono y la responsabilidad no deseada, que se suma a la carga de una situación ya complicada (Wigert, Dellenmark Blom, & Bry, 2014).

Es por ello que en el Hospital Costa del Sol, como parte del Plan de Cuidados específico antes citado, se lleva a cabo un Cronograma Educativo para padres de recién nacidos prematuros. Dicho cronograma se aplica a lo largo de toda la hospitalización y es evaluado durante todo el proceso. El alta del prematuro debe ir acompañada de una evaluación positiva de todos los ítems contemplados en el cronograma (Anexo 2).

Como refuerzo a esta intervención educativa se ofrece a las madres el ingreso en la Unidad de Hospitalización Conjunta previa al alta. Esta unidad fue incorporada en el Hospital Costa del Sol como parte de una ampliación realizada en 2010. Se encuentra ubicada dentro de la misma Unidad de Neonatología y está dotada de cuatro puestos donde el ingreso es conjunto madre-neonato. Además el padre puede permanecer durante las horas diurnas. El objetivo de este tipo de hospitalización es evitar la separación del binomio madre-recién nacido y en concreto en el caso del prematuro, supone una oportunidad mayor para el aprendizaje. Diversos estudios han demostrado mayores tasas de lactancia materna al alta y en periodos posteriores en recién

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***

nacidos que habían experimentado este tipo de hospitalización (Abrahams et al., 2010; Jaafar, Lee, & Ho, 2012; Lee et al., 2010).

En los días previos al alta, en este modelo de hospitalización, la madre realiza todos los cuidados que necesita su hijo salvo los que precisan de la intervención de la enfermera, que por su parte desarrolla un papel formador y evaluador de los conocimientos incluidos en el Cronograma Educativo. El refuerzo de la lactancia materna en estos días es máximo.



**PARTE II.**

**MARCO EMPÍRICO**





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

### **3. Justificación y descripción del trabajo.**

El gran avance de la Neonatología en los últimos años ha permitido reducir la mortalidad y morbilidad de los RN de una manera importante (Martínez & Luis, 2008).

Tras el nacimiento del niño prematuro se vive un periodo crítico en el que pueden influir muchos factores para que la lactancia materna no se exitosa.

La falta de educación sanitaria prenatal y apoyo durante y después del parto de los profesionales de salud y de la familia son circunstancias que se pueden dar para que la lactancia materna no se desarrolle de manera eficaz (Fairbank et al., 2000; Molinero Diaz, Burgos Rodríguez, & Mejía Ramírez de Arellano, 2015; Orün et al., 2010; Romero et al., 2004).

La evidencia sugiere que las intervenciones de promoción de la lactancia materna son más efectivas que los cuidados estándar para incrementar su duración a corto y largo plazo (Vera & Olcina, 2009)

Las enfermeras neonatales se encuentran en una posición única para ayudar a minimizar el estrés de los padres y administrar información (Turan, Başbakkal, & Ozbek, 2008). Es responsabilidad de los profesionales que cuidan a recién nacidos pretérmino informar a los padres de los beneficios que la leche materna puede aportar así como los métodos de alimentación al pecho posibles para que la madre pueda llevar a cabo una elección informada.

*Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera*

El estudio sobre lactancia materna realizado en el 2008 en el Hospital Costa del Sol demostró una mayor asociación entre la ayuda proporcionada por las enfermeras de apoyo y promoción de la lactancia materna con las cifras de lactancia materna al alta. De las 5 medidas de promoción de la lactancia materna realizadas durante la estancia hospitalaria, la mayoría de mujeres habían recibido 4, con un mínimo de 2 de ellas aplicadas, siendo las más frecuentes el inicio durante el ingreso hospitalario y la facilitación de la permanencia junto al bebé (Medina et al., 2011).

Por lo tanto la labor de los profesionales de salud, pueden ser claves y el apoyo del personal enfermero durante la primera toma y la estancia posparto puede estar relacionado con la continuidad de la lactancia materna.

En 1992 Armstrong, diseñó una ficha para evaluar la calidad de la primera puesta al pecho del recién nacido (B-R-E-A-S-T-Feeding ObservationForm) en su libro Training guide in lactation management (Armstrong, 1992). Este instrumento fue posteriormente adaptado por la OMS e incorporado en los manuales como herramienta a adoptar en la acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Parto y al Nacimiento (IHAN).

Está basado en los signos de transferencia activa de la leche e instauración eficaz de la lactancia materna.



***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

La observación se realiza sobre seis dimensiones relacionadas con la madre y el recién nacido: posición del cuerpo, respuestas, vínculo, anatomía, succión y tiempo de agarre.

Esta intervención de evaluación además se convierte en una actividad de ayuda y promoción de la lactancia materna donde la enfermera corrige aspectos que son deficitarios y refuerza los positivos.

Un estudio realizado sobre recién nacidos sanos demostró que las madres que recibían apoyo enfermero a través de esta técnica disminuían 3 veces el riesgo de abandono de lactancia materna al alta hospitalaria. A los tres y seis meses también era menor el abandono de lactancia materna aunque no fue significativo (Molinero et al., 2015).

Utilizando otra herramienta de evaluación de la toma denominada LATCH, se encontraron tasas de lactancia materna inversamente proporcional a las puntuaciones obtenidas con la misma (Tornese et al., 2012). En este caso las áreas que se evaluaron era cinco: "L" hace referencia a lo bien que el bebé se engancha en la mama. "A" valora la deglución audible del bebé, "T" es para el tipo de pezón de la madre, "C" es para nivel de comodidad de la madre y "H" es la cantidad de ayuda que la madre necesita para mantener a su bebé al pecho. Cada aspecto se evaluaba con una puntuación de 0, 1 ó 2 (Jensen, Wallace, & Kelsay, 1994).

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

La utilización de la Ficha de Observación de la Toma se incorpora en el Hospital Costa del Sol, dentro del contexto del proceso de Acreditación IHAN, como herramienta unificadora de criterios para el personal enfermero y como parte del protocolo específico de Lactancia Materna. Se lleva a cabo en las primeras 24 horas de vida del recién nacido sano y va acompañada de actuaciones específicas de información y apoyo reflejadas en el citado protocolo. Cada ítem es valorado con una puntuación de 0 en el caso de ser negativo ó 1 si es positivo.

En el caso de los recién nacido prematuros, como ocurre con otras patologías, la intervención se realiza en la primera puesta al pecho que va a depender del estado de salud del mismo. Igualmente se realizan intervenciones de información, ayuda y refuerzo acompañando a la evaluación.

Cada área valorada en la Ficha de Observación de la toma, adquiere una puntuación que orienta sobre las intervenciones enfermeras que hay que realizar. La puntuación total es el resultado de lo adecuado que ha sido el proceso de agarre y puesta al pecho y por tanto condicionará la labor enfermera para una lactancia exitosa.

La escasez de estudios sobre la eficacia de esta herramienta y su posible practicidad para el cuidado enfermero en la lactancia, pone de manifiesto la necesidad de evaluar su eficacia en el recién nacido prematuro, en aras de identificar todos los factores que pueden predecir el establecimiento de la

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

lactancia y su mantenimiento, tal como establece la OMS, hasta los seis meses de edad.

Con la realización de este estudio pretendemos responder principalmente a las siguientes preguntas:

¿Tiene la Ficha de Observación de la Toma un valor predictivo sobre el mantenimiento de lactancia materna de los recién nacidos prematuros?

¿Las intervenciones enfermeras que acompañan al uso de esta herramienta favorecen la lactancia materna en este grupo de recién nacidos?

¿Qué factores influyen en el inicio y adherencia prolongada de la lactancia materna en el prematuro?

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***





## **4. Hipótesis**

La prevalencia de lactancia materna en el recién nacido prematuro aumenta en aquellos que reciben intervenciones enfermeras de ayuda y apoyo a la lactancia.

## **5. Objetivos de la investigación.**

### **General**

El objetivo de este estudio es demostrar la aplicabilidad de una intervención enfermera, en la prevalencia de lactancia materna en el recién nacido prematuros e identificar factores de adherencia prolongada.

### **Específicos**

1. Identificar la prevalencia de lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses en los recién nacidos prematuros de edad gestacional menor o igual a 36 semanas.
2. Analizar la asociación existente entre la lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses con las puntuaciones obtenidas en la Ficha de Observación de la Toma realizada en la primera puesta al pecho.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

3. Conocer la influencia de la intervención de evaluación y ayuda en la toma realizada por la enfermera sobre la lactancia materna al alta, a los tres meses y seis meses.
4. Identificar factores dependientes de la madre y del recién nacido relacionados con la lactancia materna al alta y con el mantenimiento de la misma a los tres meses.
5. Describir los motivos que condicionan el inicio y abandono de la lactancia materna.
6. Analizar la asociación existente entre el contacto piel con piel precoz y la lactancia materna así como con la puesta inmediata al pecho tras el nacimiento y la hospitalización conjunta.
7. Conocer el nivel de satisfacción de las madres en cuanto a la ayuda recibida sobre la lactancia materna y con el proceso de hospitalización.



## **6. Material y Métodos**

### **Diseño del estudio.**

Estudio observacional de cohorte retrospectivo.

### **Ámbito de estudio**

Unidad de Neonatología del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga).

### **Población y sujetos de estudio.**

La población elegida para este estudio estuvo constituida por todos los recién nacidos en 2015 con edad gestacional igual o inferior a 36 semanas que hubieran estado ingresados en la unidad de Neonatología y que cumplieran los criterios de inclusión mencionados en el siguiente apartado.

### **Criterios de inclusión y criterios de exclusión.**

#### Criterios de inclusión:

- Recién nacidos de edad gestacional comprendida entre la semana 28-36 inclusive (196-252 días)
- Madres  $\geq$  18 años de edad que entienden y hablan español.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

- Ingreso por un periodo mínimo de 2 días en la Unidad de Neonatología del Hospital Costa del Sol.

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos con una enfermedad de pronóstico infausto
- Recién nacidos trasladados a otros hospitales.
- Presencia de barrera idiomática distinta al inglés en las madres de los RN.
- Madres con las capacidades intelectuales mermadas.
- Negativa de la madre a participar en el estudio.
- Recién nacidos de edad gestacional menor a 36 semanas cuyo motivo de ingreso no sea prematuridad.

## Descripción y operativización de las variables

**Tabla 7. Variables relacionadas con el recién nacido.**

Variables explicativas			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
<b>Edad gestacional</b>	Cuantitativa continua		Historia clínica
<b>Peso al nacimiento</b>	Cuantitativa continua		
<b>Peso al alta</b>	Cuantitativa continua		
<b>Días de ingreso</b>	Cuantitativa continua		
<b>Sexo</b>	Cualitativa dicotómica	Hombre	
		Mujer	
<b>Tipo de parto</b>	Cualitativa policotómica	Vaginal no instrumental	
		Vaginal instrumental	
		Cesárea	
<b>Gemelar</b>	Cualitativa dicotómica	No=0	
		Si=1	
<b>Reingreso</b>	Cualitativa dicotómica	No=0	
		Si=1	
<b>Contacto piel con piel precoz</b>	Cualitativa dicotómica	No=0	
		Si=1	
<b>Días de vida en la primera intervención</b>	Cuantitativa continua		Ficha de Observación de la Toma. Historia clínica
<b>Puesta al pecho tras el nacimiento</b>	Cualitativa dicotómica	No=0	Entrevista
		Si=1	

**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

<b>Variables explicativas (cont.)</b>			
<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores</b>	<b>Fuente</b>
<b>Motivo de finalización de la lactancia</b>	Cualitativa policotómica	Poca leche	Entrevista
		El bebé no quería el pecho	
		Gemelar	
		Incorporación al trabajo	
		Falta de tiempo	
		Patología o medicación materna	
		Prematuridad	
<b>Variables de intervención</b>			
<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores</b>	<b>Fuente</b>
<b>Puntuación hoja de evaluación de la toma</b>	Cuantitativa continua		Ficha de Observación de la Toma. Historia clínica
<b>Nº de intervenciones realizadas</b>	Cuantitativa continua		Ficha de Observación de la Toma. Historia clínica



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

<b>Variables de resultado</b>			
<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores</b>	<b>Fuente</b>
<b>Inicio de lactancia materna</b>	Cualitativa dicotómica	<u>No=0</u> Si=1	Historia clínica
<b>Tipo de lactancia al alta</b>	Cualitativa policotómica	<u>Materna exclusiva</u> <u>Mixta</u> Artificial	Entrevista
<b>Tipo de la lactancia a los tres meses</b>	Cualitativa policotómica	<u>Materna exclusiva</u> <u>Mixta</u> Artificial	Entrevista
<b>Tipo de lactancia a los seis meses</b>	Cualitativa policotómica	<u>Materna exclusiva</u> <u>Mixta</u> Artificial	Entrevista
<b>Edad del bebé al finalizar la lactancia materna definitivamente</b>	Cuantitativa continua		Entrevista

**Tabla 8. Variables relacionadas con la madre**

Variables explicativas			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Edad	Cuantitativa continua		Historia clínica
Días de ingreso	Cuantitativa continua		Historia clínica
IMC	Cuantitativa continua		Historia clínica
Paridad	Cualitativa dicotómica	Primípara Multípara	Historia clínica
Meses transcurridos desde el parto hasta la incorporación al trabajo	Cuantitativa continua		Entrevista telefónica
Recibido educ. sobre lactancia previa	Cualitativa dicotómica	No=0 Si=1	
Consumo de tabaco durante el embarazo y tras el alumbramiento	Cualitativa dicotómica	No=0 Si=1	
Consumo de alcohol durante el embarazo y tras el alumbramiento	Cualitativa dicotómica	No=0 Si=1	
Meses que dio anteriormente el pecho	Cuantitativa continua		
Ayuda en la lactancia en el domicilio	Cualitativa policotómica	No Matrona Pediatra Familia o amigos	
Problemas anteriores con la lactancia	Cualitativa dicotómica	No=0 Si=1	





**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

<b>Recomendación de finalizar la lactancia</b>	Cualitativa policotómica	Matrona Pediatra Familia o amigos	
<b>Variable de resultado</b>			
<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores</b>	<b>Fuente</b>
<b>Satisfacción sobre información recibida de lactancia materna</b>	Cuantitativa continua		Entrevista telefónica
<b>Satisfacción sobre el proceso en general</b>	Cuantitativa continua		

### **Instrumentos de medida**

Para la recogida de datos de filiación se utilizó como fuente de datos las historias clínicas de los prematuros nacidos en el HCS. Se obtuvieron datos de la historia electrónica a través del sistema DOCTOR y de la historia clínica en papel. Los datos se registraron en una hoja de recogida “ad hoc” elaborada para la investigación (Anexo 3).

Los datos referentes a la evaluación de la toma al pecho se obtuvieron a través de la Ficha de Observación de la Toma recomendada por la OMS y Unicef y que se encuentra informatizada en la historia del paciente en los registros específicos de enfermería. La gestión de la misma se realiza a través del programa informático Hcis de Cuidados. (Anexo 4)

Una vez recogidos los datos de filiación se llamó a las madres por teléfono y se realizó una entrevista estructurada (Anexo 5).

## **Procedimiento**

Para la recogida de datos se elaboró un listado de los recién nacidos prematuros de edad gestacional igual o menor a 36 semanas que habían estado ingresados en el hospital Costa del Sol durante el año 2015. Este listado se obtuvo a través de la base del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Una vez identificados los candidatos, se llevó a cabo la recogida de datos de la historia clínica y se realizaron las entrevistas telefónicas durante los meses de junio, julio y agosto de 2016.

Para la recogida de información a través del teléfono se envió por correo postal un consentimiento escrito a las madres antes de comenzar con la entrevista, informándolas del propósito del estudio y del tratamiento de la información así como un apartado por si la participante deseaba revocar el consentimiento ya dado (Anexo 6). Una vez recibido el consentimiento firmado se iniciaron las entrevistas.

Las llamadas telefónicas se realizaron en horario de mañana y tarde y a cada madre se le llamó tres veces antes de considerarla como no localizable.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Se evaluó cada recién nacido prematuro de manera independiente en el caso de partos gemelares tanto en los datos de la historia clínica como en la entrevista telefónica.

Para identificar el tipo de lactancia se utilizaron tres de las definiciones recomendadas por la OMS para su uso en estudios epidemiológicos. Anexo 7.

- 
- *Lactancia materna exclusiva.*
  - *Lactancia materna parcial (o mixta).*
  - *Ausencia de lactancia materna. Artificial*
- 

Como intervención enfermera se consideró la evaluación que se realiza de la primera puesta al pecho a través de la Ficha de Observación de la toma implantada en la unidad de Neonatología. En esta hoja el profesional evalúa aspectos relacionados con la posición del cuerpo, respuestas del bebé y la madre, el vínculo afectivo, anatomía, succión y el tiempo de agarre. Cada ítem puntúa 0 ó 1 en función de que sea negativo o positivo. Como resultado se obtuvieron puntuaciones de cada área y la suma de todas ellas. Además se recogen datos relacionados con la paridad y experiencias previas con la lactancia.

En cada evaluación, la enfermera realizó una intervención de ayuda y apoyo a la lactancia que incluía tres acciones: corrección de posturas, estimulación del bebé y resolución de dudas sobre la puesta al pecho según las directrices de la

OMS (Anexo 8). Cada madre/recién nacido recibió esta intervención en al menos una ocasión. Además, durante la hospitalización todos recibieron las actuaciones incorporadas en el Protocolo de Lactancia Materna específicas para el recién nacido prematuro, en concreto: fomento del acompañamiento, método madre/padre canguro, enseñanza de la extracción y conservación de la leche materna y facilitar el contacto con los grupos de apoyo.

Se midió el nivel de satisfacción tanto de la ayuda recibida con la lactancia materna como del proceso de hospitalización en general. Para ello se utilizó una escala de 1 a 5 con los siguientes valores:

---

*1 Muy insatisfecho*

*2 Insatisfecho*

*3 Indiferente*

*4 Satisfecho*

*5 Muy satisfecho*

---

Antes de comenzar con la recogida de datos se solicitó autorización al Comité de Ética de investigación Costa del Sol (Anexo 9).

### **Análisis de los datos**

Para la elaboración de la base de datos se recogieron en una hoja excell y posteriormente se analizaron mediante el programa estadístico informático

StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS)® versión 21 para Windows (SPSS® Science, Chicago, Illinois).

Los datos se sometieron a:

Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Tomando como variables resultado la presencia de lactancia al alta, a los 3 y 6 meses (mantenimiento), se realizó análisis bivariado, utilizando el test de Ji-Cuadrado (o Fisher en caso de observaciones inferiores a 5) para variables cualitativas, y el test de t-Student (o test de U de Mann-Whitney en caso de no cumplir distribución normal) para variables independientes.

Se realizó análisis de supervivencia de tiempo de permanencia de lactancia, valorando diferencias mediante test de log-Rank.

Se estableció el nivel de significación en diferentes análisis en  $p < 0,05$ .

### **Aspectos éticos**

El presente estudio se ha ceñido en todo momento a la declaración de Helsinki y a la ley de protección de derechos de los pacientes (Ley 15/2002).

No se ha recabado ningún dato clínico fuera de los consignados anteriormente.

Además, todos los datos recogidos en este estudio han sido registrados de

forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre).

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes se ha procedido de la siguiente manera:

- Todos los datos que puedan identificar al participante se mantienen por separados del resto de la información recogida en los diferentes cuestionarios del estudio.
- Cada caso del estudio cuenta con un número de identificación que es el que ha figurado en las bases de datos.
- El análisis de la información se ha realizado siempre de forma agregada y nunca individual.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se han comprometido a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto están protegidas electrónicamente con códigos que limitan el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.



***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

- Se ha solicitado a todos los pacientes su autorización para su inclusión en el estudio, mediante consentimiento informado recibido por correo postal (recibido con sobre prefranqueado para su reenvío al investigador principal).

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***



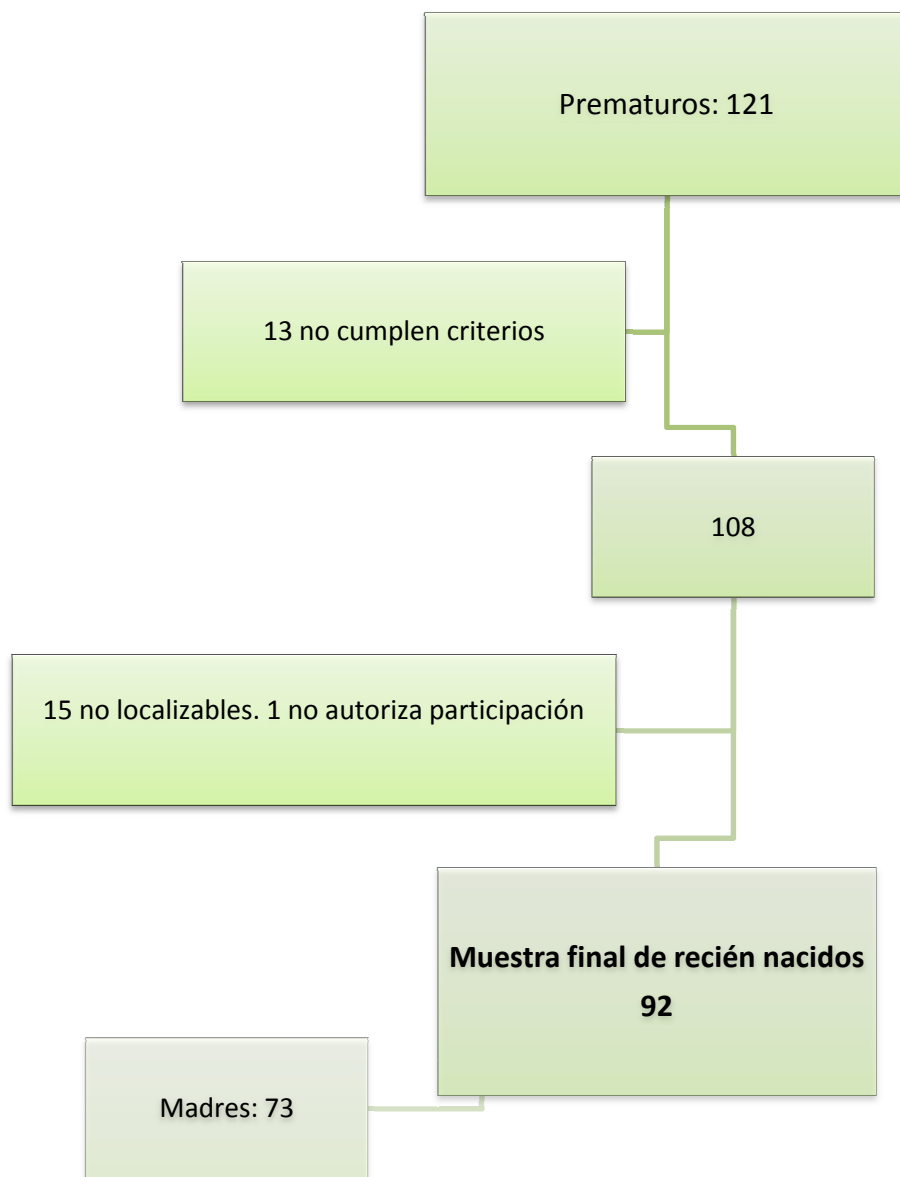


## **7. Resultados.**

### **Flujograma del estudio.**

El número total de recién nacidos prematuros Ingresados en Neonatología de edad gestacional menor o igual a 36 semanas en el año 2015 fue de 121. De esta cifra 13 no cumplían criterios de inclusión (traslado a otro centro: 3; éxitus: 1; ingreso inferior a 48 horas: 4; no diagnóstico de prematuridad como motivo de ingreso: 5). De la cifra restante se obtuvieron datos de 92 recién nacidos a través de historia clínica y de la entrevista telefónica, el resto fueron no localizables y un caso rehusó participar en el estudio. Entre los 92 prematuros 18 habían sido partos múltiples (17 de dos miembros y 1 de tres miembros). El número por tanto de madres entrevistadas fue 73.

**Figura 1. Flujograma**



### **Análisis descriptivo de la muestra.**

Las características demográficas de las madres y recién nacidos que participaron en el estudio se resumen en la tabla 9 y 10.

La edad media de las madres fue de 31 años (DE 6,24), siendo en casi en el 70% de los casos su primer hijo. La estancia media de ingreso tras el alumbramiento fue de 3,58 días (DE 2,9) y el tiempo medio en meses que tardaron en incorporarse al trabajo fue de 5,83 (DE 2,6) aunque no se tuvo en cuenta cuál era su situación laboral previa al embarazo, de ahí que este dato solo se considerara válido en 40 mujeres. La gran mayoría refirió no consumir tabaco durante el embarazo y en la lactancia y el 100% refirió no consumir alcohol.

En cuanto a los recién nacidos, presentaron una edad gestacional de 34+1 semanas y un peso medio al nacimiento de 2.000 gramos. La estancia media fue de 16,22 días (DE 13, 96). En cuanto al sexo el porcentaje fue similar para ambos grupos y el tipo de parto más frecuente fue la cesárea. La gran mayoría no tuvo a posteriori un episodio de reingreso próximo al alta de la unidad neonatal.

**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

**Tabla. 9. Características de la muestra de madres(n=73)**

	Valores	Media (DE) o N (%)
Edad de la madre		31 (6,24)
IMC <sup>(1)</sup>		24,4 (5,08)
Días de ingreso		3,58(2,9)
Meses tras. Incor. Trabajo <sup>(2)</sup>		5,83 (2,6)
Paridad	Primípara	51 (69,9)
	Múltipara	22(30,1)
Consumo de tabaco durante el embarazo y tras el alumbramiento	No	63(86,3)
	Si	10(13,7)
Consumo de alcohol durante el embarazo y tras el alumbramiento	No	73(100)

1. Pérdidas=6  
2. Pérdidas=33



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

**Tabla. 10. Características de la muestra de recién nacidos(n=92)**

	<b>Valores</b>	<b>Media (DE) o N(%)</b>
<b>Edad gestacional</b>		239,33 (14,38) 34+1
<b>Peso al nacimiento en gramos</b>		2007,61 (435,88)
<b>Peso al alta en gramos<sup>(1)</sup></b>		2233,22 (281,45)
<b>Días de ingreso</b>		16,22 (13,96)
<b>Sexo</b>	Hombre	46 (50)
	Mujer	46 (50)
<b>Tipo de parto</b>	Cesárea	46 (50)
	Vaginal instrumental	18 (19,56)
	Vaginal no instrumental	28 (30,43)
<b>Gemelar</b>	No	54 (58,70)
	Si	38 (41,30)
<b>Reingresos</b>	No	81 (88,04)
	Si	11 (11,96)

1. Pérdidas=2

**Estudio de los resultados por objetivos.**

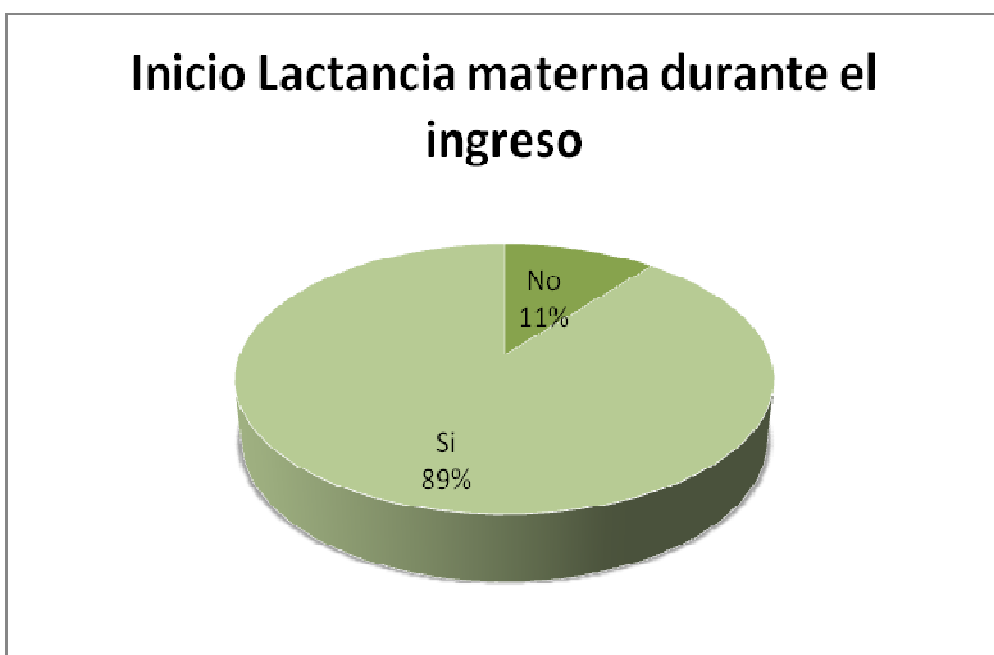
**Tipo de lactancia.**

*Objetivo. Identificar la prevalencia de lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses en los recién nacidos prematuros de edad gestacional menor o igual a 36 semanas.*

**Inicio de lactancia materna.**

En la figura 2 se muestra el porcentaje de recién nacidos prematuros que iniciaron lactancia materna frente a los que no lo hicieron.

**Figura 2. Inicio de lactancia materna durante el ingreso**



**Prevalencia de lactancia materna.**

En la figura 3, 4 y 5 se identifican el tipo de lactancia al alta, a los tres y seis meses de vida del bebé, distinguiendo entre lactancia materna exclusiva, mixta y artificial. La lactancia mixta fue el tipo de alimentación más predominante al alta frente a los otros dos tipos.

*Figura 3. Tipo de lactancia al alta.*

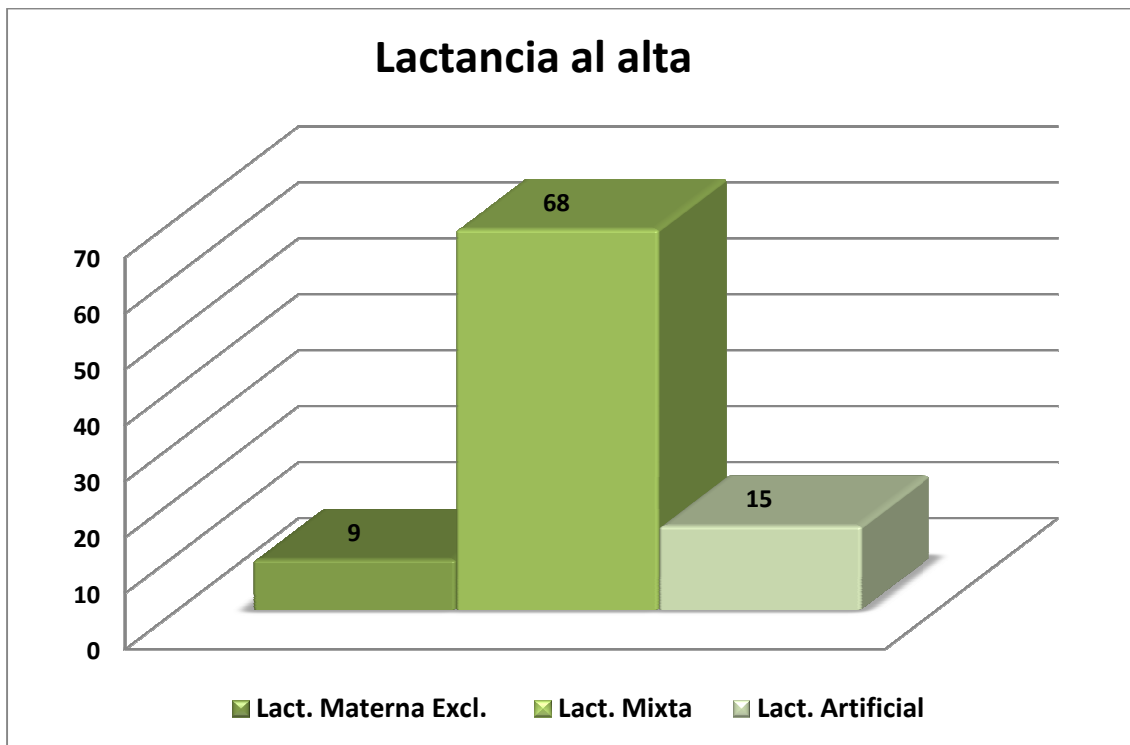


Figura 4. Tipo de lactancia a los tres meses de vida del bebé

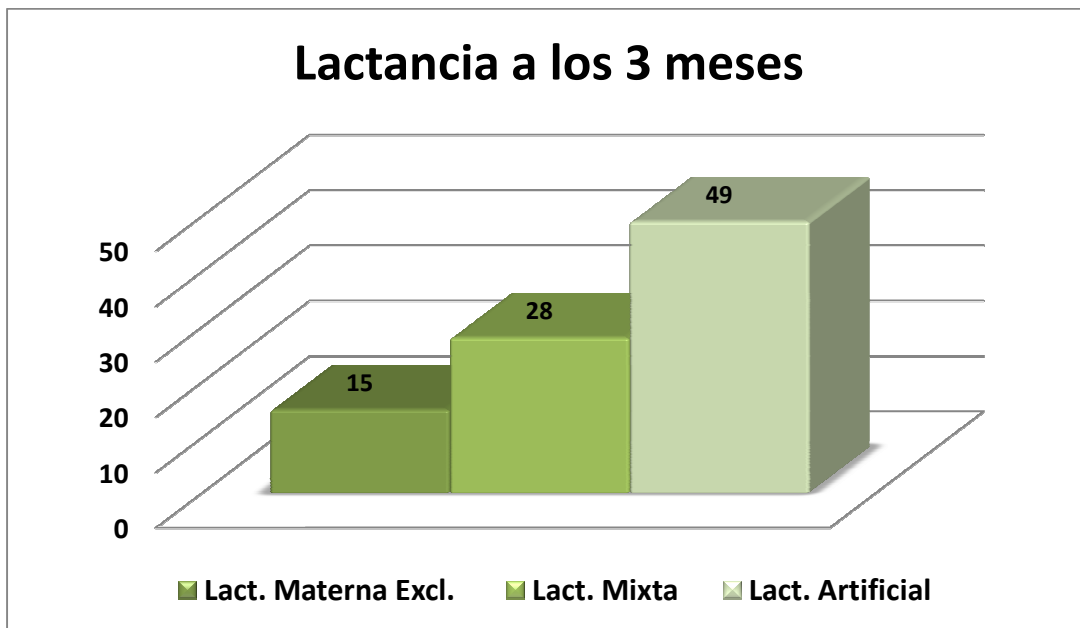
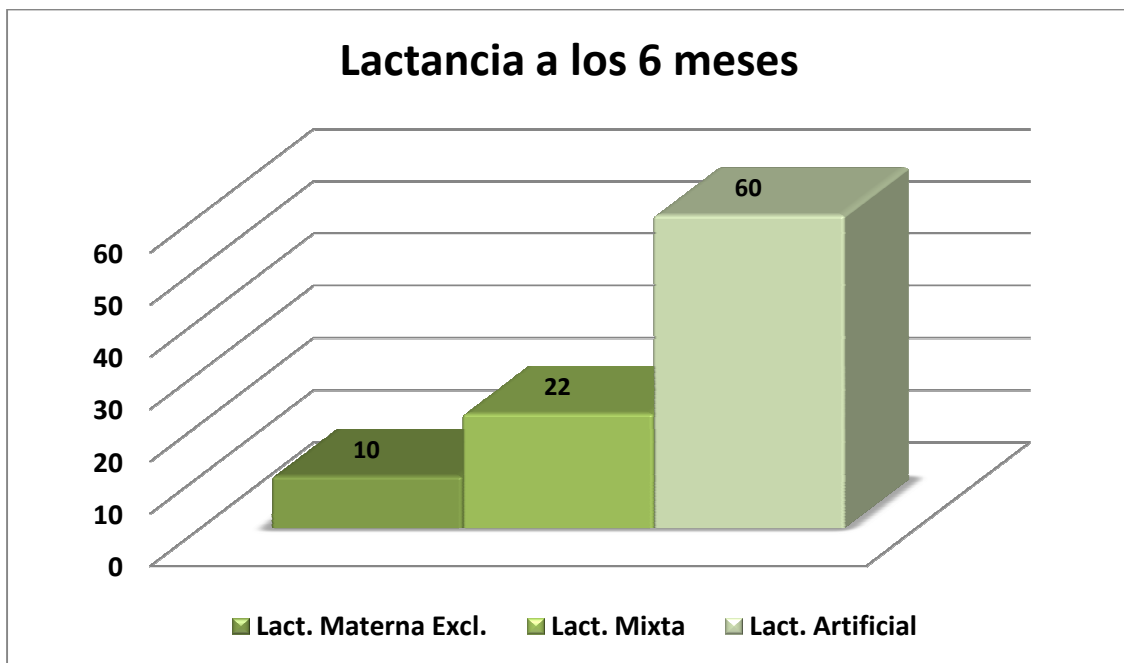


Figura 5. Tipo de lactancia a los seis meses de vida del bebé





*Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera*

Las cifras de lactancia materna exclusiva fueron inferiores en el momento del alta con respecto a los 3 meses y 6 meses de edad, lo que indica que en el domicilio algunos recién nacidos suprimen las tomas de biberón optando por lactancia materna.

La lactancia artificial fue la más predominante tanto a los 3 como a los 6 meses.

**Tabla 11. Comparativa del tipo de lactancia en los tres periodos.**

	<b>Alta</b>	<b>3 Meses</b>	<b>6 meses</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Materna completa</b>	9 (9,8)	15 (16,3)	10 (10,9)
<b>Mixta</b>	68 (73,9)	28 (30,4)	22 (23,9)
<b>Artificial</b>	15 (16,3)	49 (53,3)	60 (65,2)

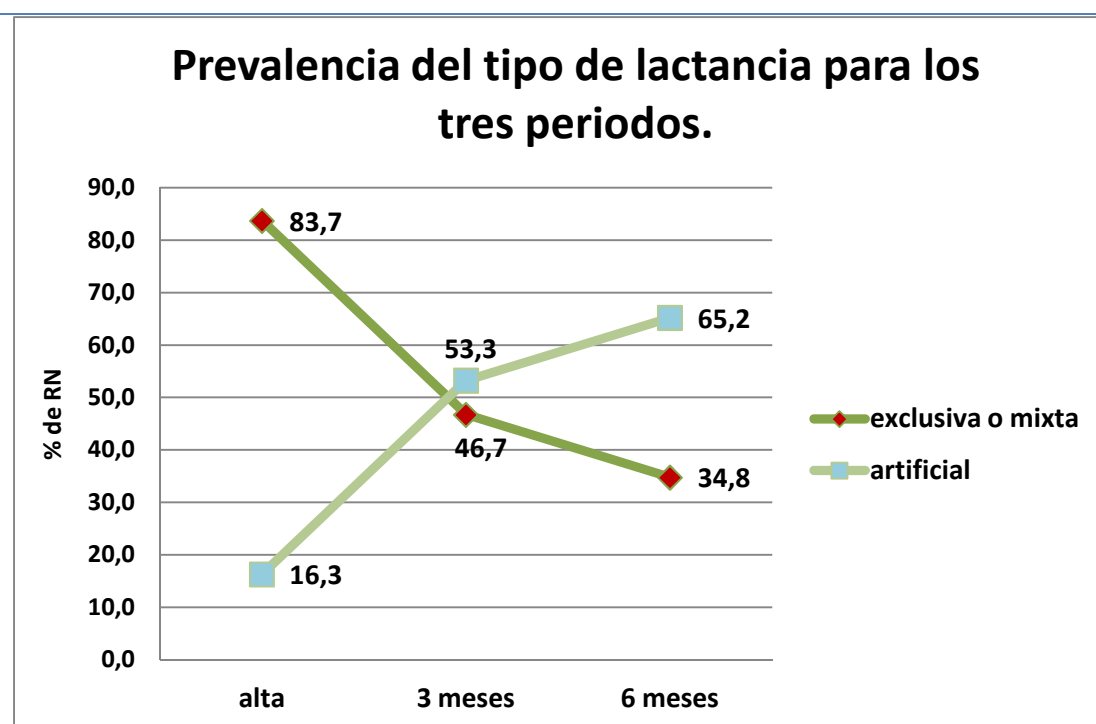
En la tabla 12 se agrupa la lactancia materna exclusiva y la lactancia mixta (Lactancia Materna) y se muestra su distribución al alta, a los 3 meses y a los 6 meses del bebé. La lactancia artificial continúa siendo la más predominante a los tres y seis meses.

**Tabla 12. Tipo de lactancia en los tres periodos**

	<b>Alta</b>	<b>3 Meses</b>	<b>6 meses</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Materna (mixta o exclusiva)</b>	77 (83,7)	43 (46,7)	32 (34,8)
<b>Artificial</b>	15 (16,3)	49 (53,3)	60 (65,2)

En la Figura 6 puede observarse la progresión de cada tipo de alimentación a lo largo del tiempo. A los tres meses se produce un claro descenso de la lactancia materna a favor de la alimentación con fórmula artificial.

**Figura 6. Distribución del tipo de lactancia para cada periodo.**



**Tipo de lactancia por edad gestacional (dos grupos)**

Se evaluó el tipo de lactancia segmentando el número total de prematuros en función de su edad gestacional estableciéndose dos grupos:

- Prematuros EG menor a 32 semanas.
- Prematuros EG mayor o igual a 32 semanas.

**Tabla 13. Tipo de lactancia al alta según edad gestacional.**

	Lactancia al alta	Materna n (%)	Artificial n (%)	Sig.
Edad gestacional	<32 semanas	11 (68,8)	5 (31,3)	0.128
	>=32 semanas	66 (86,8)	10 (13,2)	

**Tabla 14. Tipo de lactancia a los 3 meses según edad gestacional**

	Lactancia a los 3 meses	Materna n (%)	Artificial n (%)	Sig.
Edad gestacional	<32 semanas	8 (50)	8 (50)	0,790
	>=32 semanas	35 (46)	41 (54)	

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***

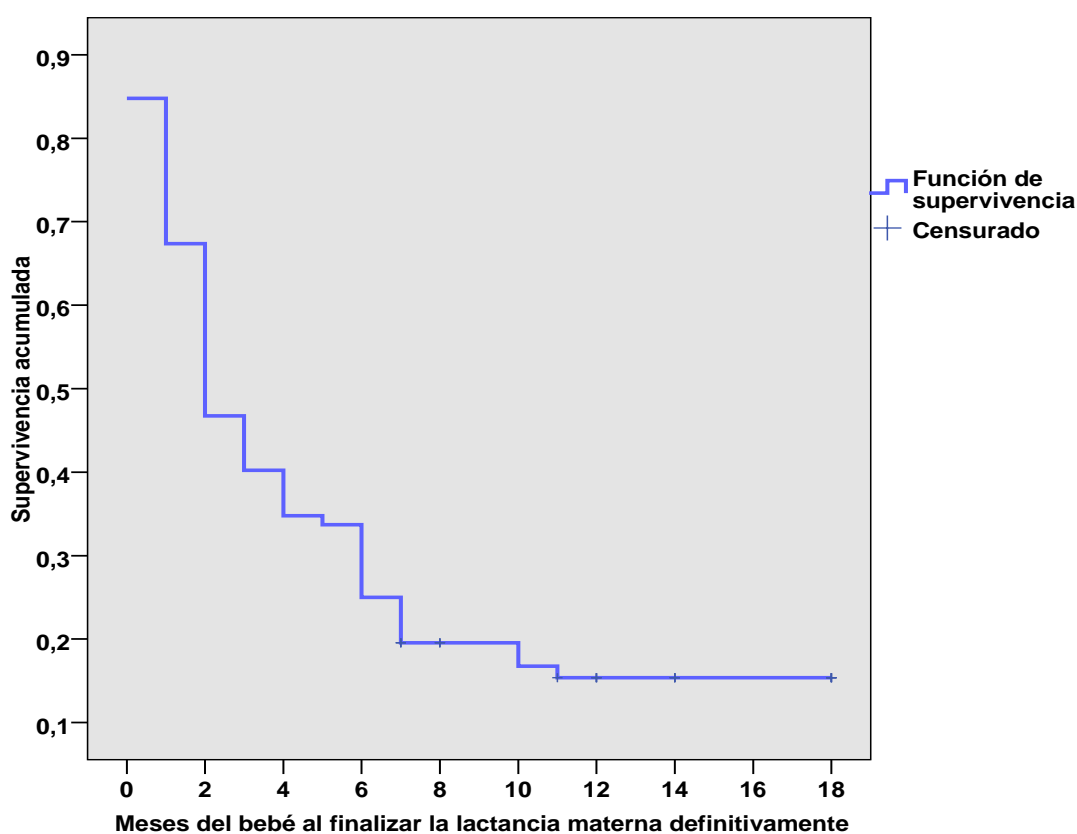
Al alta la lactancia materna fue superior entre el grupo de recién nacidos de edad gestacional mayor o igual a 32 aunque no se encontraron diferencias significativas ( $p= 0,790$ ) entre los dos grupos para ninguno de los dos periodos. (Tablas 13 y 14). Posteriormente se mostrará la influencia de este factor sobre el tipo de lactancia contemplando todo el rango de edad gestacional.

### Tiempo de supervivencia de la LM

En cuanto al tiempo de supervivencia de la lactancia medio fue de 5,2 (IC95%: 3,9-6,4) meses, de la muestra total de recién nacidos.

En la figura 6, se muestra la Función de Supervivencia de lactancia materna, incluyendo los dos grupos (materna exclusiva y mixta), entre todos los recién nacidos.

**Figura 7. Función de supervivencia de la lactancia materna**



Al año aproximadamente el 20% de la muestra de RN prematuros continuaban con la Lactancia Materna.

### Lactancia y Evaluación de la Toma

*Objetivo. Analizar la asociación existente entre la lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses con las puntuaciones obtenidas en la Ficha de Observación de la Toma realizada en la primera puesta al pecho.*

**Tabla 15. Puntuaciones de la Ficha de Observación de la Toma al alta**

		N	Media (DE)	Sig.
Tipo de lactancia al alta	Materna o Mixta	77	19,25 (4,262)*	<b>&lt;0,001</b>
	Artificial	15	5,00 (8,718)	

Los niños que presentaban lactancia materna al alta (mixta o exclusiva), habían obtenido puntuaciones mayores en la Ficha de Observación de la Toma, siendo esta diferencia significativa.

**Tabla 16. Puntuaciones de la Ficha de Observación de la Toma a los 3 meses y 6 meses**

		3 meses			6 meses		
		N	Media (DE)	Sig.	N	Media (DE)	Sig.
Tipo de lactancia	Materna o Mixta	43	19,05 (4,66)	0,646	31	18,65 (4,66)	0,370
	Artificial	34	19,50 (3,75)		12	20,08 (4,68)	



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

Sin embargo los que mantuvieron lactancia materna (mixta o exclusiva) a los 3 y 6 meses no habían presentado diferencias en las puntuaciones con respecto a los que presentaban lactancia artificial en esos periodos ( $p= 0,646$  y  $p=0,370$ ).

Analizando cada una de las áreas de evaluación de la ficha, se observa que la puntuación más baja (0 puntos) la habían obtenido niños que al alta habían presentado Lactancia Artificial.

**Tabla 17. Puntuaciones mínimas en cada área en relación a la lactancia al alta**

<b>Puntuación mínima (0 puntos)</b>	<b>Lact. Materna n (%)</b>	<b>Lact. Artificial n (%)</b>
<b>Posición del cuerpo</b>	0	11(100)
<b>Respuestas RN</b>	4 (26,7)	11 (73,3)
<b>Vínculo afectivo</b>	1 (8,3)	11 (91,7)
<b>Anatomía</b>	0	11(100)
<b>Succión</b>	4 (26,7)	11 (73,3)
<b>Tiempo</b>	18 (62,1)	11 (37,9)

**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

En el mismo sentido, la puntuación más alta en cada área, fue obtenida por niños que presentaron lactancia materna al alta, encontrándose diferencias significativas en el área “tiempo de succión” a favor de la lactancia materna.

**Tabla 18. Puntuaciones máximas en cada área en relación a la lactancia al alta**

<b>Puntuación máxima</b>	<b>Lact. Materna n (%)</b>	<b>Lact. Artificial n (%)</b>
<b>Posición del cuerpo</b>	47 (94)	3(60)
<b>Respuestas RN</b>	21 (95,5)	1(4,5)
<b>Vínculo afectivo</b>	59 (93,7)	4 (6,3)
<b>Anatomía</b>	41 (97,6)	1(2,4)
<b>Succión</b>	20 (100)	0
<b>Tiempo</b>	77 (93,7)*	6,3 (15)

\*  $p < 0,001$





### **Evaluación de las intervenciones enfermeras realizadas.**

*Objetivo. Conocer la influencia de la intervención de evaluación y ayuda en la toma realizada por la enfermera sobre la lactancia materna al alta, a los tres meses y seis meses.*

### **Prevalencia de lactancia materna.**

Se midió el número de intervenciones de evaluación realizadas y su influencia en el tipo de lactancia al alta.

**Tabla 19. Relación de las intervenciones realizadas con el tipo de lactancia al alta**

		N	Media(DE)	Sig.
Tipo de lactancia al alta	Exclusiva o	75 <sup>1</sup>	4,27 (2,96)*	<b><i>p &lt;0,001</i></b>
	Mixta			
	Artificial	15	0,53 (0,92)	

#### **1. Pérdidas=2**

La tabla 19 muestra la media de intervenciones que se realizaron de evaluación, ayuda e información de la lactancia materna para cada uno de los tipos de lactancia al alta. Los niños que al alta tenían lactancia materna (mixta o exclusiva), habían recibido significativamente más intervenciones enfermeras.

**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

A los 3 y 6 meses la media de intervenciones para los bebés que mantuvieron lactancia materna, fue la siguiente:

**Tabla 20. Relación de las intervenciones realizadas con el tipo de lactancia a los 3 y 6 meses.**

		3 meses			6 meses		
		N	Media (DE)	Sig.	N	Media (DE)	Sig.
Tipo de lactancia	Materna o Mixta	43	5,19 (3,11)*	<0,001	31	5,03 (3,36)	0,608
	Artificial	32	3,03 (2,24)		12	5,58 (2,43)	

Los niños que mantenían lactancia materna a los 3 meses de vida, también habían recibido un mayor número de intervenciones enfermeras tal como ocurría con la lactancia al alta, siendo de nuevo esta diferencia significativa. No se observaron diferencias en cuanto al número de intervenciones en los que mantuvieron la lactancia materna hasta los 6 meses.



**Tiempo de supervivencia por número de intervenciones.**

Se midió el tiempo medio de supervivencia de lactancia en aquellos niños que al alta habían recibido lactancia materna (mixta o exclusiva)  $n= 77$ , según el número de intervenciones que habían recibido. Se diferenció entre los que habían recibido 1-4 intervenciones y 5 ó más.

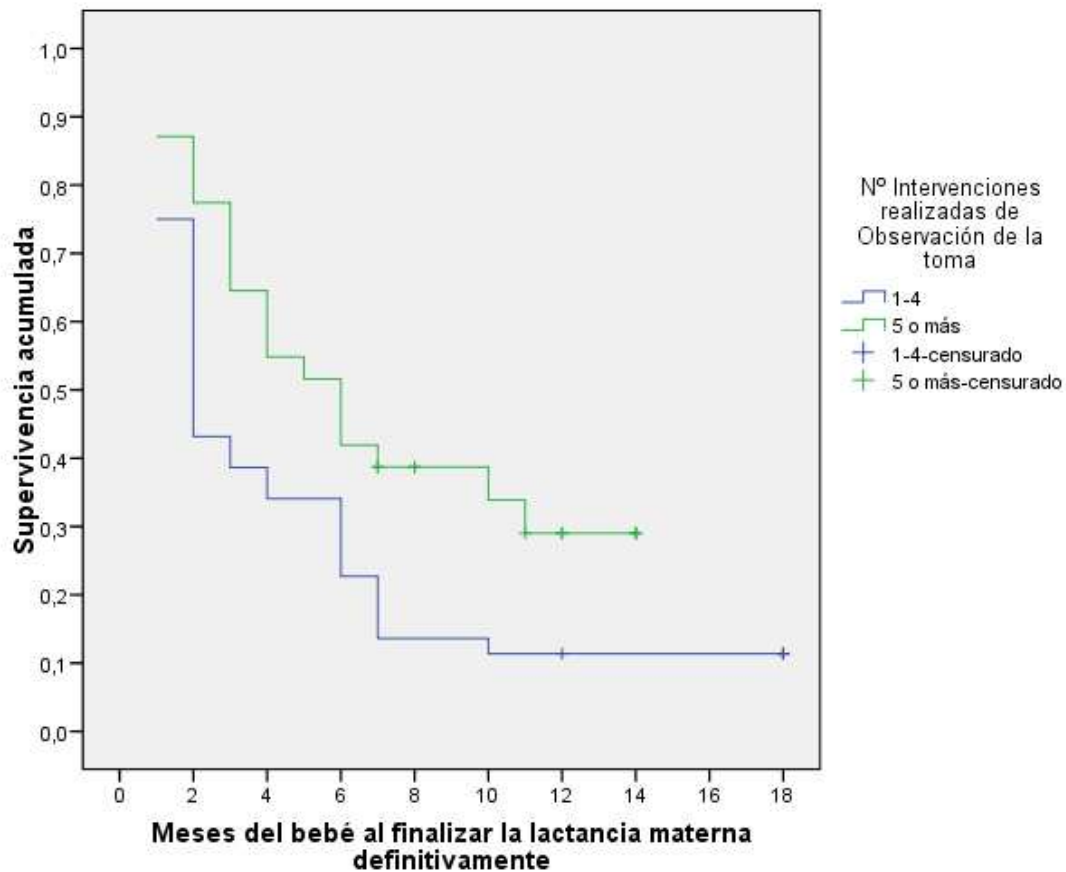
**Tabla 21. Media del tiempo de supervivencia segmentada por el número de intervenciones**

nº de intervenciones	Media	IC95%	Sig.
1-4	4,795	3,25-6,34	
5 ó mas	7,145*	5,347-8,94	<b>0,019</b>

Se hallaron diferencias significativas ( $p=0,019$ ) en el tiempo medio de supervivencia de LM entre los RN prematuros que habían recibido 5 o más intervenciones enfermeras (7,2 meses IC95%: 5,3-8,9) y los que habían recibido entre 1 y 4 intervenciones (tiempo medio 4,8 meses, IC95%: 3,3-6,3).

La figura 8 representa los dos grupos.

**Figura 8. Supervivencia de la lactancia materna para el número de intervenciones**

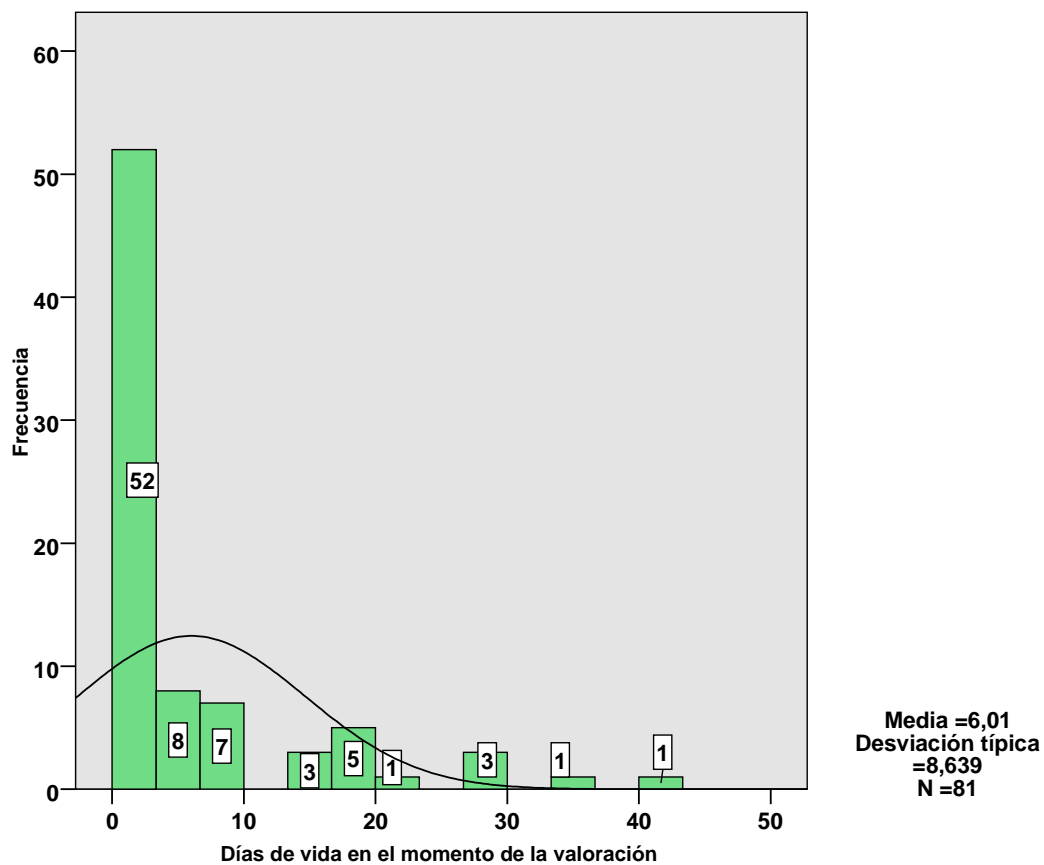


Entre la cohorte de RN prematuros que habían recibido 5 o más intervenciones el 30% permanecían con LM a los 12 meses, frente al 10% de LM entre cohorte de RN prematuros que habían recibido entre 1 y 4 intervenciones.

**Edad del RN en el momento de la intervención y primera puesta al pecho.**

Se registró la edad del prematuro en días en el momento en el que se realizaba la primera puesta al pecho y por lo tanto la primera intervención de valoración y apoyo a la lactancia. La media de días para el total de prematuros que iniciaron LM (n= 81) fue de 6,01 DE 8,64.

**Figura 9. Distribución de la edad del recién nacido en días en la primera intervención e inicio de la puesta al pecho.**



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

Según el tipo de lactancia al alta, los prematuros que tuvieron lactancia materna (mixta o exclusiva) habían iniciado la puesta al pecho y habían recibido intervenciones de apoyo antes que los que iniciaron lactancia y finalmente la abandonaron durante el ingreso. Esta diferencia no fue representativa ya que el abandono solo se dio en 4 casos. Tabla 22.

**Tabla 22. Edad del prematuro en el momento de la intervención en función del tipo de lactancia al alta.**

	<b>Lactancia al alta</b>	<b>N</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Sig</b>
<b>Días de vida en el momento de la valoración</b>	Materna	77	5,29 (7,5)	0,133
	Artificial	4	20,00 (16,99)	

A los 3 meses no se encontraron diferencias en el tipo de lactancia según la edad en la que habían iniciado la puesta al pecho y recibido intervenciones de apoyo.

**Tabla 23. Edad del prematuro en el momento de la intervención en función del tipo de lactancia a los 3 meses.**

	<b>Lactancia 3 meses</b>	<b>N</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Sig.</b>
<b>Días de vida en el momento de la valoración</b>	Materna	43	6 (8,69)	0,989
	Artificial	34	4,38 (5,69)	



**Factores que favorecen o dificultan la lactancia materna.**

*Objetivo: Identificar factores dependientes de la madre y del recién nacido relacionados con la lactancia materna al alta y con el mantenimiento de la misma a los tres meses.*

**Factores relacionados con el recién nacido.**

Sexo, tipo de parto y gemelar

En la tabla 24 se observa como el sexo de recién nacido, el tipo de parto y ser gemelar no tuvo influencia en el tipo de lactancia al alta.

**Tabla 24. Lactancia al alta según factores relacionados con el recién nacido I.**

		Lactancia Materna n (%)	Lactancia Artificial n (%)	Sig.
<b>Sexo</b>	Hombre	40 (87)	6 (13)	0,572
	Mujer	37(80,4)	9 (16,9)	
<b>Tipo de parto</b>	Vaginal no Instr.	23 (82,1)	5 (17,9)	0,956
	Vaginal Instr.	15 (83,3)	3 (16,7)	
	Cesárea	39 (84,8)	7 (15,2)	
<b>Gemelar</b>	SI	33 (86,8)	5 (13,2)	0,690
	NO	44 (81,5)	10 (18,5)	



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

En cuanto al mantenimiento de la lactancia, aquellos prematuros que había sido gemelares presentaron más lactancia artificial a los tres meses y por lo tanto más abandono de la lactancia materna tras el alta hospitalaria. (Tabla 25).

**Tabla 25. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con el recién nacido I.**

		lactancia a los 3 meses		
		Lactancia Materna n (%)	Lactancia Artificial n (%)	Sig.
Sexo	Hombre	22 (55,0)	18 (45,0)	1
	Mujer	21 (56,8)	16 (43,2)	
Tipo de parto	Vaginal no Instr.	14 (60,9)	9 (39,1)	0,383
	Vaginal Instr.	6 (40,0)	9 (60,0)	
	Cesárea	23 (59,0)	16 (41,0)	
Gemelar	SI	12 (36,4)	21 (63,6)	0,006
	NO	31 (70,5)*	13 (29,5)	





**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

Edad gestacional, peso al nacimiento y días de ingreso.

En la tabla 26 se muestra la relación que tiene la edad gestacional, el peso y los días de ingreso con el tipo de lactancia al alta. Puede observarse cómo los tres factores influyen en el tipo de lactancia. A menor edad gestacional y menor peso menos lactancia materna al alta. Además a mayor número de días de hospitalización mayor probabilidad de lactancia artificial. Todas estas diferencias resultaron significativas.

**Tabla 26. Lactancia al alta según factores relacionados con el recién nacido II.**

	Lactancia materna		Lactancia artificial		Sig.
	N	Media (DE)	N	Media (DE)	
Edad gestacional	77	241,17 (12,87) 34+3	15	229,87 (18,21)* 32+6	<b>0,035</b>
Peso al nacimiento en gramos	77	2.050,26 (410,34)	15	1.788,67 (509,40)*	<b>0,033</b>
Días de ingreso (bebé)	77	13,53 (11,11)	15	30,00 (18,79)*	<b>0,005</b>

En cuanto al mantenimiento a los 3 meses entre los que al alta habían tenido lactancia materna, los días de ingreso resultaron ser un factor protector a los tres meses encontrándose una diferencia que fue significativa (Tabla 27).



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

**Tabla 27. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con el recién nacido II.**

	3 meses				
	Lactancia materna		Lactancia artificial		Sig.
	N	Media (DE)	N	Media (DE)	
Edad gestacional	43	239,09 (13,44) 34+1	34	243,79 (11,78) 34+6	0,112
Peso al nacimiento en gramos	43	2.052,56 (507,10)	34	2.047,35 (245,94)	0,953
Días de ingreso (bebé)	43	16,05* (12,83)	34	10,35 (7,48)	<b>0,018</b>



**Factores relacionados con la madre.**

Consumo del alcohol y tabaco, paridad, educación maternal previa y problemas previos con la lactancia.

**Tabla 28. Lactancia al alta según factores relacionados con la madre I.**

	Lactancia al alta			
		Lactancia Materna n (%)	Lactancia Artificial n (%)	Sig.
Consumo de tabaco durante el embarazo y tras el alumbramiento	No	69 (86,3)	11 (13,8)	0,103
	Si	8 (66,7)	4 (33,3)	
Consumo de alcohol durante el embarazo y tras el alumbramiento	No	77 (83,7)	15 (16,3)	
Paridad	Primípara	55 (83,3)	11 (16,7)	1
	Múltipara	2 (84,6)	4 (15,4)	
¿Ha recibido educación maternal sobre lactancia materna previa al parto?	No	21 (87,5)	3 (12,5)	0,842
	Si	56 (91,8)	5 (8,2)	
¿Problemas anteriores con lactancia?	No	14 (93,3)	1 (6,7)	1
	Si	8 (100,0)	0 (0,0)	



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

**Tabla 29. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con la madre I.**

	Lactancia 3 meses			Sig.
		Lactancia Materna n (%)	Lactancia Artificial n (%)	
Consumo de tabaco durante el embarazo y tras el alumbramiento	No	40 (58,0)	29 (42,0)	0,467
	Si	3 (37,5)	5 (62,5)	
Consumo de alcohol durante el embarazo y tras el alumbramiento	No	43 (55,8)	34 (44,2)	
Paridad	Primípara	29 (52,7)	26 (47,3)	0,537
	Múltipara	14 (63,6)	8 (36,4)	
¿Ha recibido educación maternal sobre lactancia materna previa al parto?	No	12 (57,1)	9 (42,9)	1
	Si	31 (55,4)	25 (44,6)	
¿Problemas anteriores con lactancia?	No	10 (71,4)	4 (28,6)	0,386
	Si	4 (50)	4 (50)	

En las tablas 28 y 29 se muestra como los factores consumo de tabaco y alcohol, paridad, educación maternal previa y problemas previos, no tienen relación con el tipo de lactancia al alta y a los 3 meses.



Edad de la madre, días de ingreso e IMC

En cuanto a la edad de la madre, los días de ingreso y el IMC no tuvieron relación con el tipo de lactancia al alta.

**Tabla 30. Lactancia al alta según factores relacionados con la madre II.**

	Lactancia materna		Lactancia artificial		Sig
	N	Media (DE)	N	Media (DE)	
Edad madre	77	30,5 (5,94)	15	32,6 (7,41)	0,243
Días de ingreso (madre)	77	3,61 (2,834)	15	3,13 (1,41)	0,527
IMC <sup>1</sup>	68	24,01 (24,01)	15	25,00 (5,36)	0,482

A los 3 meses la edad de la madre se relacionó con una mayor lactancia materna siendo la diferencia significativa: las madres que apostaron por la lactancia materna en este periodo eran significativamente mayores, con una diferencia de casi 4 años respecto a las que daban lactancia artificial (Tabla 31).

**Tabla 31. Lactancia a los 3 meses según factores relacionados con la madre II.**

	Lactancia 3 meses				Sig.
	Lactancia materna		Lactancia artificial		
	N	Media (DE)	N	Media (DE)	
Edad madre	43	32,05 (5,44)*	34	28,65 (6,09)	<b>0,012</b>
Días de ingreso	43	3,88 (3,53)	34	3,26 (1,56)	0,345
IMC	43	24,22 (5,14)	34	23,77 (4,41)	0,708

Ayuda con la lactancia en el domicilio

**Tabla 32. Tipo de lactancia a los 3 meses según la ayuda recibida en el domicilio**

		Materna	Artificial	Sig.
		n (%)	n (%)	
Ayuda con la lactancia en el domicilio	No	19 (48,7)	20 (51,3)	0,295
	Si	24 (63,2)	14 (36,8)	

Esta variable se midió a los 3 meses, una vez que la madre y el prematuro estaban en el domicilio. Los niños cuyas madres recibían ayuda en el domicilio presentaban más lactancia materna a los 3 meses aunque la diferencia no fue significativa.

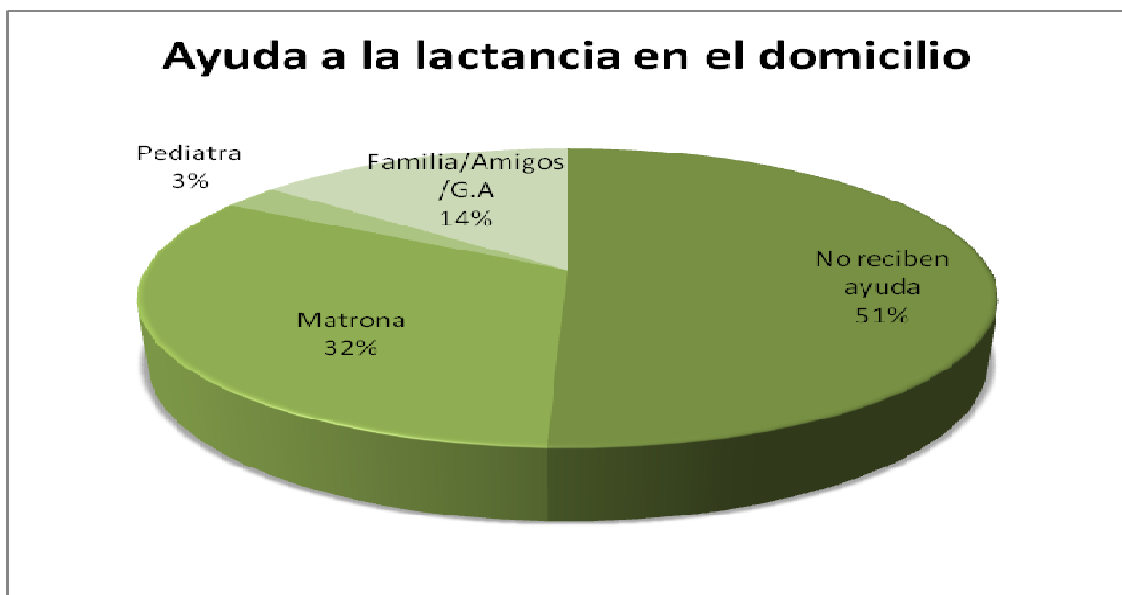


En cuanto al tipo de ayuda recibida para el total de niños que al alta tuvieron lactancia materna, se valoró la recibida de tres fuentes:

- Matrona.
- Pediatra.
- Familia/Amigos o Grupos de Apoyo.

Las madres de más de la mitad los prematuros no recibían ningún tipo de ayuda y a continuación la matrona era la figura que más apoyo proporcionaba.

*Figura 10. Tipo de ayuda recibida*



*Objetivo: Identificar factores que condicionan el inicio y abandono de la lactancia materna en los recién nacidos prematuros.*

### **Motivos de no inicio o abandono de la lactancia materna**

Durante la entrevista, las madres de 64 recién nacidos refirieron un solo motivo de abandono o no inicio de la lactancia materna mientras que en 13 casos se expresaron dos motivos. Para el resto de bebés no se tuvo en cuenta este ítem pues continuaban con la lactancia materna en el momento de la entrevista.

La frecuencia de las causas expresadas fue la siguiente (tabla 33).

**Tabla 33. Motivos de no inicio o finalización de la lactancia materna.**

<b>Motivo</b>	<b>n (%)</b>
Poca leche	27 (29,3)
El bebé rechazó el pecho	26 (28,3)
Parto gemelar	9 (9,8)
Incorporación al trabajo	6 (6,5)
Falta de tiempo	12 (13)
Patología o medicación materna	8 (8,7)
Prematuridad	2 (2,2)

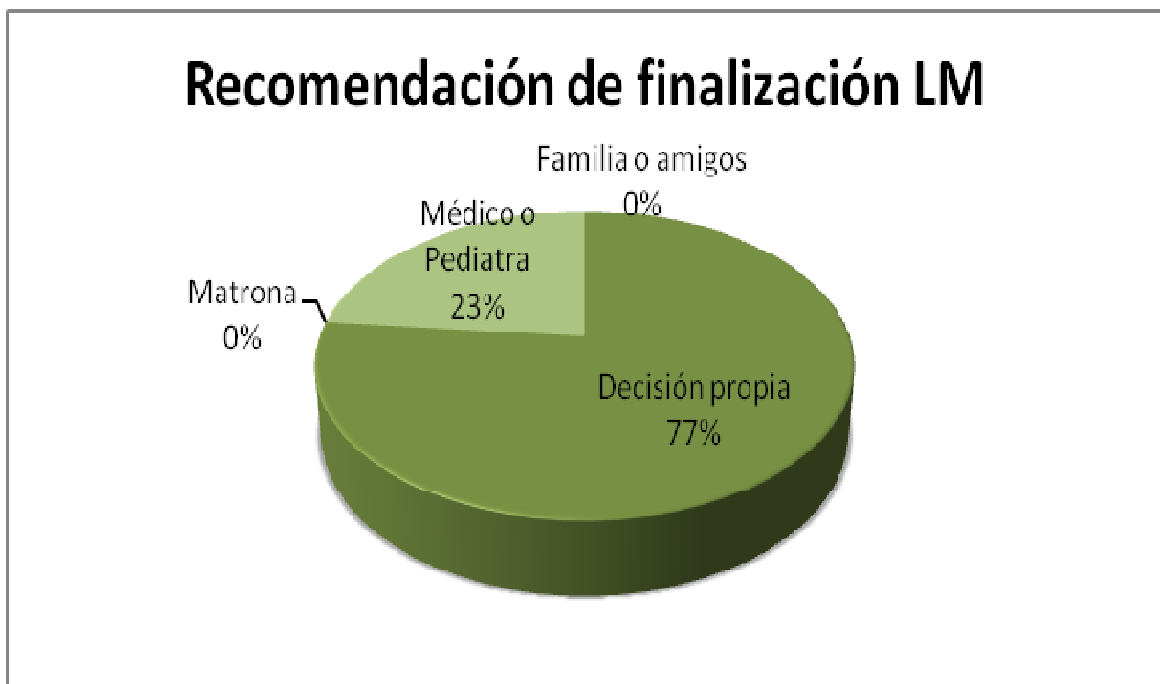


Se valoró si alguien había intervenido en la decisión de finalización de la lactancia materna, entre las opciones se encontraba:

- El médico o pediatra.
- Familia y amigos
- Matrona.

Sólo la opción pediatra o médico fue la elegida como figura que recomendaba la retirada de la lactancia materna apareciendo en 15 casos, en el resto fue decisión propia.

*Figura 11. Persona que recomienda finalización LM*



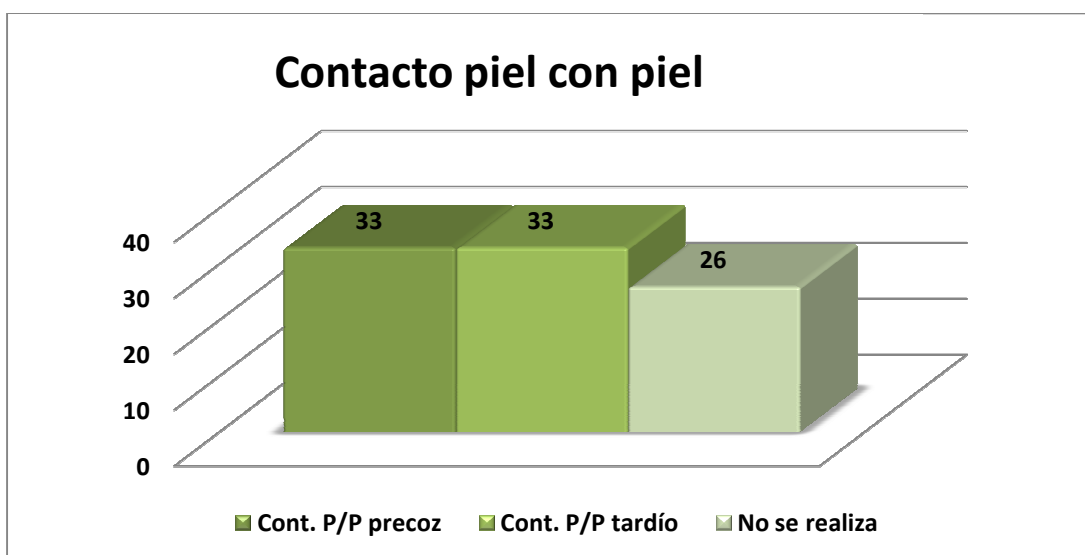
## **Contacto piel con piel, puesta precoz al pecho y hospitalización conjunta**

*Objetivo: Analizar la asociación existente entre el contacto piel con piel precoz y la lactancia materna así como con la puesta inmediata al pecho tras el nacimiento y la hospitalización conjunta*

### **Contacto piel con piel precoz (CPP).**

Se agruparon a los recién nacidos según el tipo de contacto piel con piel que habían recibido. Si se había realizado inmediatamente tras el nacimiento en la unidad de Paritorio se consideró CPP precoz; si se realizó sólo posteriormente en la unidad de Neonatología durante el ingreso, se consideró CPP tardío.

*Figura 12. Tipo de contacto piel con piel realizado.*



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

Del total de recién nacidos, 26 no realizó ningún tipo de contacto piel con piel mientras que 33 lo realizaron de manera precoz en la Unidad de Paritorio en la primera hora de vida y también 33 posteriormente en la unidad de Neonatología a lo largo del ingreso.

En cuanto a la distribución del tipo de lactancia al alta y a los 3 meses, aquellos niños que habían realizado contacto piel con piel de manera precoz en Paritorio en la primera hora de vida, presentaban mayor porcentaje de lactancia materna aunque esta diferencia no fue significativa. (Tabla 34 y 35).

**Tabla 34. Lactancia al alta y contacto piel con piel precoz**

		Lact. Materna n (%)	Artificial n (%)	Sig.
<b>Contacto piel con piel precoz</b>	si	31 (93,9)	2 (6,1)	0,090
	no	46 (78,0)	13 (22,0)	

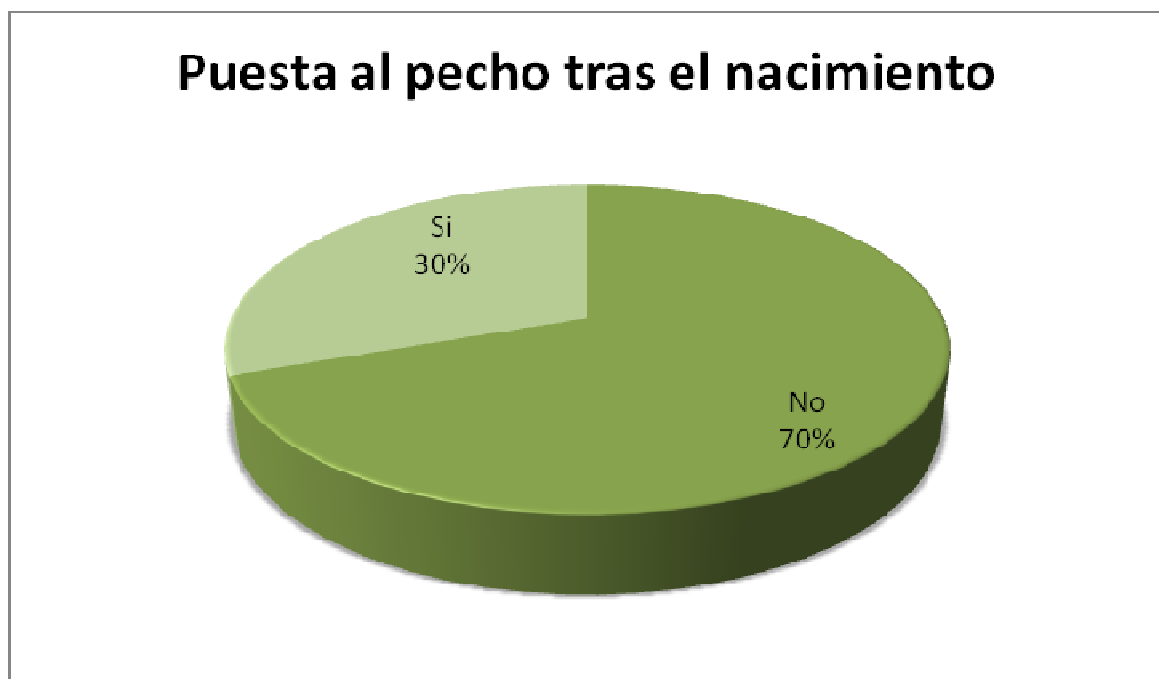
**Tabla 35. Lactancia materna a los 3 meses y contacto piel con piel precoz**

		Lact. Materna n (%)	Artificial n (%)	Sig.
<b>Contacto piel con piel precoz</b>	si	21 (67,7)	10 (32,3)	0,136
	no	22 (47,8)	24 (52,2)	

**Puesta al pecho tras el nacimiento.**

Las madres de 10 de los recién nacidos habían tomado la decisión de no lactar previa al parto. Por lo que la muestra de bebés candidatos a iniciar la puesta al pecho precoz tras el nacimiento fue de 82. De ellos 57 no llevaron a cabo esta práctica y 25 sí. Todos lo que no la llevaron a cabo fue por la situación clínica del recién nacido.

**Figura 13. Puesta al pecho precoz tras el nacimiento**



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

En cuanto a su influencia en la lactancia materna en la tabla 36 se observa cómo la puesta al pecho de manera precoz no tuvo repercusión en el tipo de lactancia al alta ni a los 3 meses (Tabla 37).

**Tabla 36. Tipo de lactancia al alta según la puesta precoz al pecho.**

Bebé al pecho tras el nacimiento	Lactancia al alta			
		Materna o Mixta n (%)	Artificial n(%)	Sig.
No		53 (93)	4 (7)	1
Si		24 (96)	1 (4)	

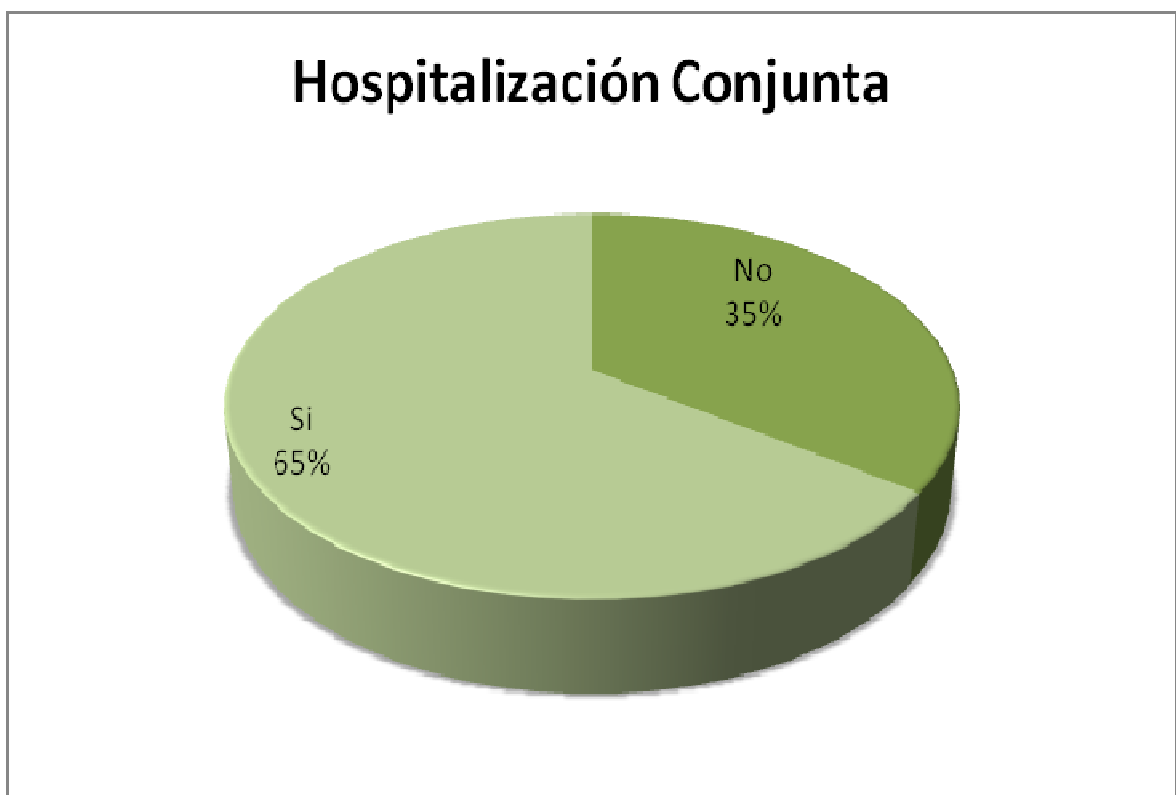
**Tabla 37. Tipo de lactancia a los 3 meses según la puesta precoz al pecho.**

Bebé al pecho tras el nacimiento	Lactancia a los 3 meses			
		Materna o Mixta n (%)	Artificial n(%)	Sig.
No		27 (50,9)	26 (49,1)	0,299
Si		16 (66,7)	8 (33,3)	

**Ingreso en hospitalización conjunta.**

De los 92 recién nacidos prematuros 60 ingresaron en la Unidad de Hospitalización Conjunta y 32 solo permanecieron en la unidad de cuidados críticos y/o unidad de cuidados intermedios.

*Figura 14. Ingreso en la Hospitalización conjunta previo al alta.*



**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

En relación al tipo de lactancia al alta, no mostró una relación significativa a favor de la lactancia materna al alta. (Tabla 38).

**Tabla 38. Tipo de lactancia al alta relacionado con la Hospitalización conjunta madre hijo**

		Lactancia al alta		
		Materna o Mixta n (%)	Artificial n (%)	Sig.
Ingreso en H. Conjunta	No	27 (84,4)	5 (15,6)	1
	Si	50 (83,3)	10 (16,7)	

Tampoco para el tipo de lactancia a los 3 meses. (Tabla 39).

**Tabla 39. Tipo de lactancia a los 3 meses relacionado con la Hospitalización conjunta madre hijo**

		Lactancia a los 3 meses		
		Materna o Mixta n (%)	Artificial n (%)	Sig.
Ingreso en H. Conjunta	No	13 (48,1)	14 (51,9)	0,448
	Si	30 (60,0)	20 (40,0)	

**Evaluar el nivel de satisfacción.**

*Objetivo: Conocer el nivel de satisfacción en la ayuda recibida con la lactancia materna y con el proceso de hospitalización.*

**Ayuda recibida con la lactancia materna.**

Se evaluó la satisfacción con la ayuda recibida para la lactancia materna entre las madres de aquellos niños que habían iniciado la toma al pecho. Se midió con una escala del 1 al 5 que contemplaba los siguientes valores:

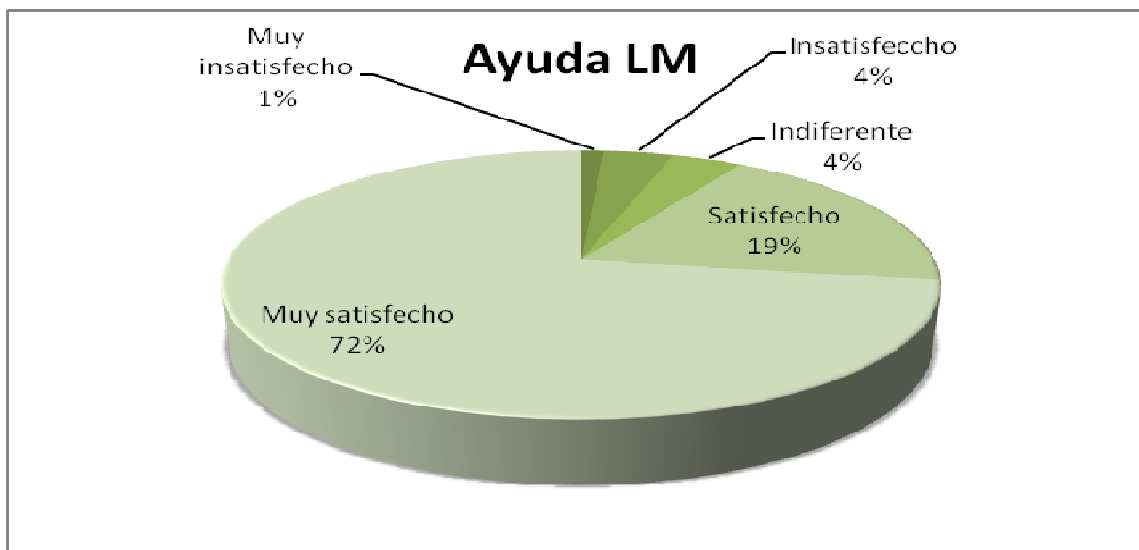
- 1 Muy insatisfecho*
- 2 Insatisfecho*
- 3 Indiferente*
- 4 Satisfecho*
- 5 Muy satisfecho*

El nivel de satisfacción medio en cuanto a la ayuda recibida con la lactancia materna fue de Media 4,58 (DE 0.84).

Las madres del 91,3% de los prematuros que iniciaron lactancia materna tenían un nivel de satisfacción alto o muy alto respecto a la ayuda recibida durante su ingreso.



**Figura 15. Satisfacción ayuda LM**



**Proceso de hospitalización en general.**

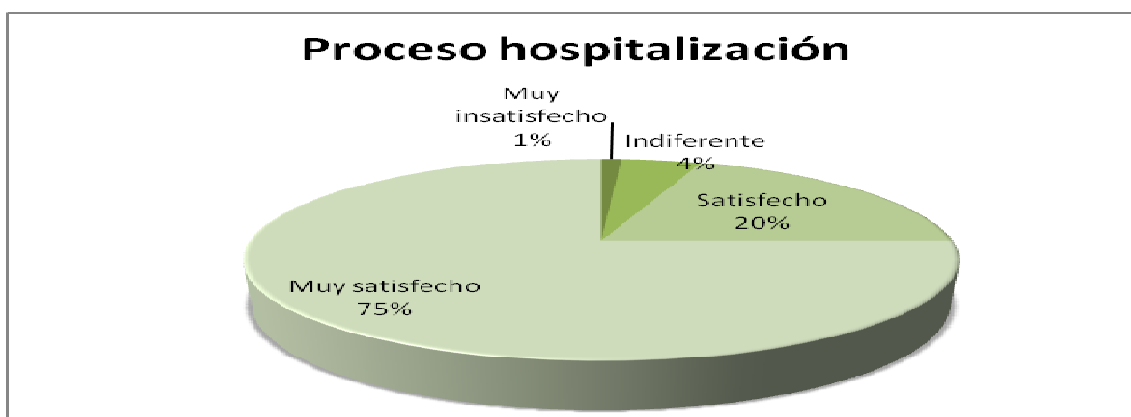
De la misma manera se evaluó la satisfacción sobre el proceso de hospitalización en su totalidad con una puntuación de 1 a 5. En este caso la muestra fue sobre el total de prematuros.

*(1 Muy insatisfecho/ 2 Insatisfecho/3 Indiferente/4 Satisfecho/ 5 Muy satisfecho)*

El nivel de satisfacción medio en cuanto al proceso de hospitalización en general fue de Media 4,67 (DE 0.67).

Las madres del 94,6% del total de prematuros tenían un nivel de satisfacción alto o muy alto respecto al proceso de hospitalización en su totalidad.

**Figura 16. Satisfacción Hospitalización**



No se encontraron diferencias en el nivel de satisfacción entre las madres de los prematuros que al alta tuvieron lactancia materna y lactancia artificial (Tabla 40).

**Tabla 40. Nivel de satisfacción según el tipo de lactancia al alta.**

	Lactancia al alta	Lact. Materna n (%)	Artificial n (%)	Sig.
Satisfacción sobre el proceso en general	Baja satisfacción (1-3)	5 (100)	0	0,587
	Alta satisfacción (4-5)	72 (82,8)	15 (17,2)	

## **8. DISCUSIÓN**

El objetivo principal de este estudio era: *demostrar la aplicabilidad de una intervención enfermera en la prevalencia de lactancia materna en el recién nacido prematuro.*

Los resultados del estudio demuestran un efecto positivo de la intervención realizada sobre la lactancia materna. Estos datos están acordes con los reportados por un estudio en el Reino Unido que identificaba que los bebés prematuros eran menos propensos a tener lactancia materna a los 10 días de vida si su madre sentía que no había recibido suficiente ayuda con la alimentación en el hospital (OR 0,23, IC 95% 0,09 a 0,60;  $p = 0,003$ ) en comparación con las madres que manifestaban ayuda y apoyo suficiente (Rayfield et al., 2015).

En Egipto un estudio experimental con 60 madres y sus recién nacidos prematuros demostró una prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta del 80% en aquellos que habían recibido un programa educativo sobre lactancia frente al 40% de los que no lo habían recibido. Además, los niños en el grupo experimental fueron significativamente más propensos a tener lactancia materna exclusiva los 3 meses. El programa incluía cinco sesiones en las que se llevaba a cabo la evaluación de conocimientos sobre la lactancia y una lista

de verificación de observación de las prácticas de lactancia de la madre (Ahmed 2008). Este formato de apoyo y evaluación se puede considerar muy similar al realizado en nuestra unidad de estudio a través de la Ficha de Observación de la Toma.

Por el contrario en Canadá un estudio sobre 128 recién nacidos bajo peso y prematuros no mostró diferencias significativas en la lactancia a los 3, 6 y 12 meses entre los que recibieron un programa de apoyo a la lactancia y los que no (Pinelli, Atkinson, & Saigal, 2001) . Este programa incluía un video sobre la lactancia materna en los bebés prematuros, el asesoramiento por parte de una consultora de lactancia y el contacto después del alta hasta el primer año de vida o abandono de la lactancia. Los resultados de este estudio pueden explicarse por la alta motivación para amamantar en ambos grupos estudiados y la disponibilidad de los recursos de la comunidad.

En Noruega un estudio con prematuros que evaluaba la eficacia de un programa de información sobre la interacción madre recién nacido a través de once sesiones de una hora, mostró también una diferencia significativa ( $p=.02$ ) de lactancia materna a favor de los que recibían la intervención (Ravn et al., 2012). Estos resultados ponen de manifiesto la importancia no sólo de incorporar el apoyo sobre el conocimiento en la alimentación, sino también el conocimiento del comportamiento general del recién nacido prematuro.



***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

A pesar de la clara asociación entre el soporte y la lactancia materna, un estudio demostró que sólo el 16,4% de los prematuros experimentaba ese apoyo, en comparación con el grupo de recién nacidos de 37- 38 semanas (37,9%) y los de 38- 41 semanas. (30,7%) (Goyal, Attanasio, & Kozhimannil, 2014). El ingreso en UCIN se asoció con una menor probabilidad de recibir apoyo a la lactancia, probablemente este dato refleja el impacto de una mayor gravedad clínica. Sin embargo otro estudio encontró probabilidades similares de iniciar la lactancia materna entre los niños ingresados en UCIN y los que habían sido ingresados en una unidad de cuidados medios. Este resultado se repitió a las 10 semanas de vida (Kair & Colaizy, 2016a).

Los resultados de las revisiones sistemáticas muestran que los profesionales de las unidades neonatales están en una posición perfecta para dar orientación a las familias, por lo que son capaces de anticipar y resolver efectivamente futuros problemas relacionados con lactancia que puedan condicionar su inicio y mantenimiento prolongado (Briere, McGrath, Cong, & Cusson, 2014). Además las enfermeras de Neonatología son consideradas como un gran apoyo y más conocedoras de la lactancia materna en los recién nacidos prematuros que las enfermeras de otras unidades del Área Materno Infantil (Demirci et al., 2012).

A continuación procedemos a discutir los resultados teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados al iniciar el trabajo de investigación.

**Objetivo:** *Identificar la prevalencia de lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses en los recién nacidos prematuros de edad gestacional menor o igual a 36 semanas.*

El 90% de los recién nacidos pretérmino estudiados iniciaron lactancia materna durante el ingreso en la unidad de Neonatología. Estos datos son superiores a los encontrados en los estudios de Demirci y Rayfield, que identificaban tasas de inicio de 62% y 79% respectivamente (Demirci et al., 2012; Rayfield et al., 2015). En el estudio de Rayfield la muestra incluía prematuros de edad gestacional comprendida entre 34-36 semanas excluyéndose edades inferiores.

En otro estudio realizado en Brasil sobre una muestra de 278 recién nacidos se identificó una tasa de inicio de lactancia materna del 100% en prematuros menores de 37 semanas, siendo en el 31% de los casos lactancia materna exclusiva y en el 69% de los casos lactancia mixta (Benevenuto de Oliveira et al., 2007). Ningún prematuro fue alimentado con fórmula artificial de manera exclusiva al inicio de la hospitalización. Este dato tan positivo puede deberse al hecho de disponer en los centros de estudio de leche donada, en su mayoría de madres de otros prematuros, que fue la utilizada para suplementar o proporcionar a los niños cuando la madre aún no presentaba la cantidad requerida. Otro estudio realizado en Dinamarca en un contexto en el que

también se empleaba leche donada mostró cifras también superiores de lactancia (LM: 92%) (Maastrup et al., 2014b)

Nuestro estudio mostró una prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta de 9,8% y un 73,9% de lactancia mixta frente a un 16,3% de lactancia artificial. Los resultados son coherentes con los encontrados por Berrani et al., (2015) en su estudio realizado en Marruecos sobre una muestra de 170 recién nacidos prematuros con una edad gestacional media similar a la de la muestra de nuestro trabajo (34+2). Sin embargo las cifras son inferiores a las reportadas en los estudios realizados en Brasil y en Dinamarca, (Benevenuto de Oliveira et al., 2007; Maastrup et al., 2014b; Zachariassen et al., 2010) que mostraron tasas alrededor del 70% de lactancia materna exclusiva al alta. Esta diferencia desaparece cuando se compara la lactancia materna en global (materna exclusiva más mixta) encontrándose tasas muy similares del 84% en nuestro estudio y del 87% en el realizado en Brasil y coincidiendo con las identificadas por otros autores (Åkerström, Asplund, & Norman, 2007; Lee & Jang, 2016; Rayfield et al., 2015). Estos datos pueden ser un indicador de la importancia de disponer de Bancos de Leche en los hospitales, que fomentarían el inicio de lactancia materna al posponer o anular la introducción de fórmulas artificiales. En este sentido un estudio demostró que los bebés que recibían la primera alimentación oral en el pecho tenían más probabilidades de ser dados de alta en el hogar recibiendo leche materna (Casavant, McGrath, Burke, & Briere, 2015).

A los 3 y 6 meses la prevalencia de lactancia materna fue de 47% y 33% respectivamente. Estas cifras son inferiores a las encontradas en otros estudios para ambos periodos (Åkerström et al., 2007; Benevenuto de Oliveira et al., 2007; Berrani et al., 2015). Sin embargo en los estudios realizados en Francia y en Korea (Lee & Jang, 2016; Vessièrre-Varigny, Garlantézec et al., 2010) la lactancia a los 3 meses presentaba tasas alrededor del 30%, inferiores por tanto a nuestro estudio.

La lactancia materna exclusiva aumentó a los 3 meses con respecto al alta; este resultado está acorde con el encontrado por Lee & Jang, (2016). En el estudio citado también la lactancia artificial aumentó lo que pone de manifiesto que los prematuros que al alta habían presentado lactancia mixta, cambiaron a la lactancia materna exclusiva o a alimentación con fórmula artificial. Tanto en nuestro estudio como en el de Lee (2016), la tasa de cambio de la alimentación mixta a fórmula artificial fue más alta que de lactancia mixta a materna exclusiva. Estos hallazgos sugieren que se necesita más investigación para resolver los problemas tras el alta y así desarrollar pautas educativas más eficaces para la lactancia materna, adaptadas a las necesidades específicas del recién nacido prematuro y con un enfoque particular sobre cómo convertir después de la hospitalización la alimentación mixta en lactancia materna exclusiva.





***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Al analizar los datos segmentando a los recién nacido por su edad gestacional (menores de 32 semanas y mayores o igual a 32 semanas), este estudio no encontró diferencias significativas en la prevalencia de lactancia materna para ambos grupos. Aunque en la cohorte de prematuros de edad gestacional mayor o igual a 32 semanas la lactancia materna fue superior a los de edad gestacional menor a 32. Estos datos coinciden con los reportados por otros estudios (Åkerström et al., 2007; Merewood A, 2006). En el mismo sentido otro trabajo identificó que en los recién nacidos prematuros menores de 37 semanas, la duración media de la lactancia materna fue de 5,0 meses, con un riesgo 2,6 veces mayor de interrupción de la lactancia para los bebés menores de 32 semanas (Lamounier, 2016).

Merewood en su estudio en Massachusetts sobre 3.800 prematuros encontró porcentajes de lactancia materna para cada grupo similares a las identificadas en nuestro ámbito (70,1% entre los bebés nacidos a las 32 a 36 semanas, y el 62,9% entre los bebés nacidos a las 24 a 31 semanas). Otro trabajo reciente en el entorno de hospitales acreditados IHAN muestra iguales resultados al alta para prematuros de mayor edad gestacional (Goyal et al., 2014). Sin embargo las cifras reportadas por Åkerström en Suecia son superiores para ambos grupos al alta hospitalaria y a los tres meses para el grupo de edad gestacional mayor o igual a 32 semanas; no así para el grupo de menor edad gestacional que presenta resultados coincidentes con los encontrados en nuestro estudio a los tres meses. Los resultados tan positivos al alta, pueden explicarse por el

gran desarrollo de políticas favorecedoras de la lactancia materna en Suecia en especial en los grandes prematuros. Además este estudio incorpora prematuros de muy baja edad gestacional (inferior a 28 semanas) lo que pone de manifiesto el manejo de la lactancia en casos de comorbilidad superior y por lo tanto de estrategias más complejas y desarrolladas que las empleadas en nuestro hospital que atiende a prematuros de edad gestacional igual o superior a 28 semanas y no fueron objeto del presente estudio.

**Objetivo:** *Analizar la asociación existente entre la lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses con las puntuaciones obtenidas en la Ficha de Observación de la Toma realizada en la primera puesta al pecho.*

El principal hallazgo que se ha encontrado en relación a este objetivo es que los prematuros que presentaban lactancia materna al alta (exclusiva o mixta), habían obtenido puntuaciones mayores en la Ficha de Observación de la Toma, siendo esta diferencia significativa. No pudo demostrarse esta asociación a los tres y seis meses. Este resultado asigna un valor predictivo a la herramienta utilizada para evaluar la lactancia en el momento del alta en los recién nacidos prematuros.

Un estudio en Libia sobre ciento noventa y dos unidades madre-recién nacidos, evaluó a través de esta herramienta la posición correcta, el apego y la lactancia eficaz, concluyendo que cada madre debía ser observada en cada

una de estas áreas al inicio de la lactancia y posteriormente asesorada y orientada sobre el posicionamiento correcto y el apego (Goyal, Banginwar, Ziyu, & Toweir, 2011). En relación a los prematuros el 60% presentó peores puntuaciones en el área apego y el 50% una lactancia materna no exitosa. En comparación con los recién nacidos a término los prematuros obtuvieron peores puntuaciones en el vínculo y en la succión efectiva siendo ambos resultados significativos ( $p = 0,023$  y  $p = 0,027$ ).

A pesar de que esta herramienta está recomendada por la OMS y UNICEF, no se han encontrado estudios que comparen las puntuaciones de la Ficha de Observación de la Toma con la prevalencia de la lactancia en este grupo de población ni en recién nacidos a término. Sin embargo otros trabajos apoyan con sus resultados la utilización de herramientas de evaluación para predecir el establecimiento y duración de la lactancia materna (Kumar et al., 2006; Lau et al., 2016; Riordan et al., 2001; Tornese et al., 2012). Sobre una muestra de 900 recién nacidos a término Lau, demostró en Singapur que la evaluación a través de un instrumento denominado LATCH (enganche/ deglución audible/ tipo de pezón/ comodidad y ayuda precisada) era apta para los profesionales de la salud al tratarse de una herramienta concisa, fácil de usar y válida para evaluar técnicas de lactancia materna entre una población multiétnica. Por el contrario otro estudio cuyo objetivo era examinar la validez y fiabilidad de la herramienta LATCH junto con otros dos instrumentos clínicos que evalúan la alimentación al pecho, concluyó que ninguno de los tres era suficientemente

fiable para medir la eficacia de la lactancia materna (Riordan & Koehn, 1997). Estos resultados pueden deberse al reducido tamaño de la muestra (once parejas de mujeres/recién nacidos evaluadas en 23 puestas al pecho) y al hecho de que las evaluaciones no se hicieron en directo como en nuestro estudio, sino a través de grabaciones en vídeo que se realizaban en la sala de maternidad o en el domicilio.

Otros autores han definido parámetros incluidos en la Ficha de Observación de la Toma como factores condicionantes de la lactancia materna (da Costa et al., 2010; Mauri et al., 2012; Meier et al., 2013). Lo más utilizados son el agarre, succión activa, deglución audible y posicionamiento correcto, todos ellos también identificados en otro estudio como predictores objetivos de la lactancia materna exitosa (Raghavan et al., 2014).

Una revisión sistemática identificó otra herramienta denominada Breastfeeding Assessment Score (BAS) como instrumento con un valor predictivo moderado sobre el cese de la lactancia materna (Raskovalova et al., 2015). En ella se recogen parámetros como la edad materna, experiencias previas, dificultad de agarre, intervalo entre tomas y número de biberones proporcionados en el hospital. Algunos de estos aspectos son evaluados en la Ficha de Observación de la Toma utilizada en nuestro estudio.

**Objetivo:** *Conocer la influencia de la intervención de evaluación y ayuda en la toma realizada por la enfermera sobre la lactancia materna al alta, a los tres meses y seis meses.*

Este estudio ha demostrado que la intervención de evaluación y ayuda en la puesta al pecho que la enfermera realiza sobre el recién nacido prematuro y su madre tiene un efecto favorecedor de la lactancia materna al alta y a los tres meses. Estos resultados apoyan a otro estudio realizado en nuestro país con recién nacidos a término que identificó que las madres que recibían apoyo enfermero a través de la Ficha de Observación de la Toma disminuían 3 veces el riesgo de abandono de lactancia materna al alta hospitalaria (5,5%) con relación a las madres a las que se les aplicaba el protocolo habitual del servicio (15,38%) (Molinero et al., 2015). En cuanto a los resultados a los 3 y 6 meses, las tasas de abandono de lactancia materna también fueron más bajas.

En nuestro trabajo, las intervenciones realizadas por la enfermera inherentes a la Ficha de Observación de la Toma incluían corrección de posturas, estimulación del bebé y resolución de dudas sobre la puesta al pecho. En otro estudio que comparaba tres grupos que habían recibido tres tipos de intervenciones diferentes se concluyó que los niños y madres que habían recibido educación y ayuda al alta sobre la lactancia y su continuidad presentaban una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva (Pannu et al., 2011). Estos hallazgos, al igual que los encontrados por Romero et al.,

(2004) en un entorno muy cercano a nuestra unidad, sustentan los resultados obtenido por nuestro estudio.

**Objetivo:** *Identificar factores dependientes de la madre y del recién nacido relacionados con la lactancia materna al alta y con el mantenimiento de la misma a los tres meses.*

En nuestro estudio el sexo del recién nacido, el tipo de parto y ser gemelar, no tuvo repercusión con el tipo de lactancia al alta. Sin embargo a los tres meses los prematuros gemelares presentaron más lactancia artificial y por lo tanto más abandono de la lactancia materna. Estos datos apoyan los reportados por un estudio realizado en ocho regiones europeas que identificó que aquellos prematuros procedentes de un nacimiento múltiple tenían menos probabilidades de ser alimentados con lactancia materna (mixta o exclusiva) (Bonet et al., 2011). Otros dos estudios en otro contexto diferente, identificaron también resultados menores tanto en el establecimiento como en la duración de lactancia (Yokoyama et al., 2006; Yokoyama & Ooki, 2004). En otro trabajo Damato et al., (2005), concluyó que las madres de los bebés gemelos pueden experimentar la lactancia materna como algo que consume mucho tiempo y estresante lo cual interfiere en la liberación de oxitocina y por tanto en la producción de leche.

Continuando con los factores dependientes del recién nacido, nuestro estudio ha demostrado que los prematuros de menor edad gestacional y menor peso presentan menos lactancia materna al alta. Otros investigadores han identificado resultados similares (Bonet et al., 2015; Demirci et al., 2012; Niela-Vilén et al., 2016; Perrella et al., 2012). Además a mayor número de días de hospitalización nuestro estudio muestra una mayor probabilidad de lactancia artificial al alta, como en los trabajos realizados por Berrani et al., (2015) y Yokoyama et al., (2006). Sin embargo otro trabajo realizado en EEUU a partir de los datos reportados por 27 estados, encontró un efecto positivo en la edad gestacional menor y en los días de hospitalización sobre el inicio de la lactancia materna (Colaizy & Morriss, 2008). Esta diferencia puede explicarse porque se realizó sobre prematuros que había estado hospitalizados en la Unidad de Neonatología bajo cuidados intensivos, lo cual difiere de nuestro estudio que también incluyó prematuros que únicamente precisaron cuidados medios. Muchas de estas unidades disponían de servicios de consultores que promovían activamente la lactancia materna. Sin embargo nuestro trabajo sí ha encontrado un efecto positivo en la duración de la hospitalización sobre el mantenimiento de la lactancia a los tres meses en aquellos niños que se fueron dados de alta con lactancia materna. Esto puede deberse en parte, a la exposición a mensajes positivos y a intervenciones educativas que promueven la lactancia materna, sobre todo en aquellas madres que van presentando una lactancia exitosa durante la hospitalización.

En relación a los factores dependientes de la madre, nuestro trabajo ha encontrado en la edad un factor protector para la continuidad de la lactancia materna. La edad media de las madres de los niños con lactancia materna a los 3 meses fue significativamente superior. La elevada edad de la madre ha sido descrita como un factor positivo en varias publicaciones (Berrani et al., 2015; Bonet et al., 2015; Demirci et al., 2012; Powers, Bloom, Peabody, & Clark, 2003). Sin embargo otro estudio realizado en Francia no demostró diferencias significativas en relación con la edad materna (Barois et al., 2013). En este caso la muestra de estudio incluyó únicamente prematuros de edad gestacional menor a 32 semanas y la media de edad de las madres para ambos grupos fue de 29 (5,7) y 28,3 (6,1), para lactancia materna y para lactancia artificial respectivamente. Ambas cifras son inferiores a la media de edad de todas las participantes en nuestro estudio que fue de 31 (6,24). Este motivo podría explicar la diferencia en los resultados.

Otros factores como la paridad, el tipo de parto o el IMC, no resultaron tener una influencia significativa sobre la lactancia al alta y su mantenimiento. Lo que parece ir en consonancia con un gran meta-análisis que encontró que una vez iniciada la lactancia materna, el modo de parto no tiene ningún efecto aparente sobre el número de madres que siguen amamantando tras el alta (Prior et al., 2012). Sin embargo otros autores identificaron el parto por cesárea (Alzaheb, 2016) y el IMC (Guelinckx et al., 2012; Lucas et al., 2015; Mehta et al., 2012;



Thompson et al., 2013) cómo factores significativos para el inicio de la lactancia materna. Esta diferencia de hallazgos puede deberse a que los sujetos de los estudios citados no eran exclusivamente recién nacidos prematuros y a que en nuestro estudio la influencia del IMC y el tipo de parto no se han evaluado sobre el inicio de la lactancia materna debido a que el número de prematuros que no iniciaron fue muy reducido. En este sentido, un número más amplio de sujetos podría darnos datos más ajustados sobre la repercusión de dichos factores en el inicio de la lactancia.

**Objetivo:** *Describir los motivos que condicionan el inicio y abandono de la lactancia materna.*

Este estudio identificó los siguientes factores como motivos de no inicio o abandono de la lactancia materna: poca leche, el bebé rechazó el pecho, parto gemelar, incorporación al trabajo, falta de tiempo, patología o medicación materna y prematuridad. En la misma línea, otros autores identificaron la falta de leche como uno de los mayores obstáculos para el establecimiento de la lactancia materna en recién nacidos prematuros (Callen, Pinelli, Atkinson, & Saigal, 2005; Colaizy & Morriss, 2008) y recién nacidos a término (Molinero et al., 2015; Niño M, Silva & Atalah S, 2012). También Briere et al., (2014) encontraron que la lactancia materna se veía influenciada por la percepción de proporcionar volúmenes de leche apropiados.

En un estudio descriptivo en Canadá, Wheeler (2009), exploró las razones por las que las madres finalizaron de manera temprana la lactancia tras el alta hospitalaria, encontrando entre otros motivos, problemas médicos y emocionales maternos, incorporación al trabajo, dificultad en el agarre y ser madre de gemelos. Todos ellos referidos por las madres en nuestro estudio.

Otro autor ha considerado también la prematuridad en sí como uno de los factores más importantes que contribuyen al fracaso de la lactancia materna en los recién nacidos prematuros (Nyqvist, 2008). También un estudio descriptivo cualitativo mostró temas estrechamente entrelazados que podían influir en el mantenimiento de la lactancia materna como: la crianza de los hijos prematuros es un desafío; el cuidado es físicamente exigente; tener un bebé prematuro altera el rol de los padres; tener un bebé prematuro puede ser socialmente disruptivo; y tener un bebé prematuro requiere apoyo de profesionales de salud mejorados (Boykova, 2016)

En nuestro estudio no ha sido posible considerar la incorporación al trabajo como un factor determinante para el abandono de la lactancia materna al no evaluarse la situación laboral previa al embarazo. Sin embargo la gráfica de supervivencia muestra una media de 5,2 meses de duración de la lactancia, produciéndose un claro descenso en el porcentaje de niños entre el cuarto y quinto mes. Este tramo de edad puede coincidir con el final de la baja laboral. Lo que parece ir en consonancia con los resultados encontrados por otros

autores que concluyen que el empleo de la madre, sobre todo en los primeros 6 meses después del nacimiento de un bebé, es una barrera importante para la continuación de la lactancia materna (Bai et al.,2015; Gielen et al.,1991; Huang & Yang, 2015; Mirkovic et al., 2014; Ogbuanu et al., 2011), más si la incorporación se produce con una jornada laboral superior a 20 horas semanales (Xiang et al.,2016).

En relación a la ayuda recibida tras el alta, este estudio ha encontrado que los niños cuyas madres recibían ayuda en el domicilio presentaban más probabilidad de mantenimiento de la lactancia materna, aunque este resultado no fue significativo. En concordancia con lo expuesto en el Reino Unido un estudio mostró más probabilidades de presentar lactancia materna a los 10 días si a la madre se le habían proporcionado datos sobre los grupos de apoyo (Rayfield et al., 2015). En el mismo sentido otro trabajo concluyó que las madres adquirirían confianza y seguridad por el apoyo de amigos y familiares, madres de otros prematuros y el personal de atención de la salud (Hasselberg, Huus, & Golsäter, 2016). Algunos resultados también sugieren que las prácticas de lactancia materna exitosas tienden a ocurrir entre madres cuyos miembros familiares apoyan la lactancia materna (Gibson-Davis & Brooks-Gunn, 2007; Sherriff, Hall, & Panton, 2014). Pese a ello, Lewallen et al., (2006), informó en su trabajo que la mayoría de las mujeres reciben ayuda con la lactancia materna en el hospital, pero sólo el 55% reciben ayuda con la lactancia después del alta hospitalaria. Este bajo porcentaje de ayuda coincide

con el identificado en nuestro estudio y podría explicar que el resultado no haya sido significativo.

En cuanto a la decisión de finalizar la lactancia, en nuestro estudio el 77% lo hace por decisión propia y el 33% por recomendación del pediatra o médico de familia. Estos resultados contradicen en parte lo publicado en otro estudio en nuestro país (Lapresa, Visus, Ibarra, & Comerzana, 1999) en el que ambos porcentajes aparecen invertidos (37% pediatra y 66% decisión propia) y puede poner de relieve la tendencia que se ha producido con los años, hacia una toma de decisiones por parte de la mujer sobre la lactancia materna de manera libre e informada.

**Objetivo:** *Analizar la asociación existente entre el contacto piel con piel precoz y la lactancia materna así como con la puesta inmediata al pecho tras el nacimiento y la hospitalización conjunta.*

En nuestro estudio aquellos niños que habían realizado contacto piel con piel de manera precoz en Paritorio en la primera hora de vida, presentaban mayor porcentaje de lactancia materna al alta y a los tres meses, aunque esta diferencia no resultó significativa. Estos resultados son comparables con los identificados por Mörelius et al., (2015), también sobre recién nacidos pretérmino. De otros estudios sobre recién nacidos a término se sabe que el contacto piel con piel temprano es una intervención eficaz que mejora la

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

capacidad de succión del bebé (Srivastava, Gupta, Bhatnagar, & Dutta, 2014) y las tasas de lactancia materna durante la hospitalización y los 6 meses después del parto (Chiou, Chen, Yeh, Wu, & Chien, 2014; Bramson et al., 2010; Srivastava et al., 2014).

El estudio de la influencia del contacto piel con piel precoz sobre la lactancia materna en el grupo de recién nacidos prematuros puede verse condicionado por la morbilidad y la edad gestacional. Esto puede explicar que los resultados no sean significativos. Sólo 33 prematuros (36%) lo realizaron de manera precoz en la primera hora de vida y el resto no pudo realizarlo por la situación clínica, lo que puede indicar una menor edad gestacional y mayor número de complicaciones. Sin embargo en otro estudio prospectivo en Dinamarca, (Maastrup et al., 2014a), que siguió a una cohorte nacional de 1488 recién nacidos prematuros (EG= 24 a 36 semanas), el 27% de los lactantes experimentaron contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento y obtuvieron cifras de lactancia materna exclusiva al alta del 68%, muy superiores a las encontradas en nuestro trabajo. Esta diferencia puede tener su origen en un mayor desarrollo e implantación de medidas de humanización y protección de la lactancia materna así como en la existencia de programas de capacitación para profesionales de la salud en el país danés.

De los sujetos estudiados en nuestro trabajo, también el 35% realizó contacto piel con piel tardío durante la hospitalización en la unidad de Neonatología. Sin

embargo no hemos llevado a cabo un registro del tiempo ni del número de veces que se realizó esta práctica durante el ingreso, por lo tanto no conocemos la influencia que pudo tener sobre la lactancia materna estos dos factores. En este sentido, en su estudio, Nyqvist et al, evaluaron a 71 recién nacidos prematuros que durante la hospitalización, pasaban del contacto piel a piel a la lactancia materna exclusiva. Cuando se expusieron a la mama, los bebés demostraron agarre y succión independientemente de la edad gestacional presentando además en 57 de los casos lactancia materna completa a las 36 semanas (Nyqvist, Sjödn, & Ewald, 1999). Otros autores también han identificado una relación entre una mayor duración diaria del contacto piel a piel con el logro más temprano de la lactancia materna exclusiva (Mörelus et al., 2015; Oras et al., 2016; Pineda, 2010).

En relación a la puesta precoz al pecho, nuestro estudio no ha encontrado una influencia sobre el tipo de lactancia que presentaban los prematuros al alta ni a los 3 meses. Un porcentaje muy elevado (70%) no pudo llevar a cabo esta práctica por la situación clínica que presentaban. De nuevo podemos concluir que este factor no puede ser tenido en cuenta en nuestro entorno sobre recién nacidos prematuros como sucede con recién nacidos a término, al entrar en juego la morbilidad y la edad gestacional del prematuro en el momento del nacimiento. Esta afirmación está acorde con otro estudio sobre 735

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

prematuros, que afirma que tanto una edad gestacional menor al nacer como una alta tasa de morbilidad neonatal se correlacionan estadísticamente con un aumento del tiempo de transición desde el inicio de la alimentación al pecho hasta que ésta es exclusiva. Siendo ambas variables factores de riesgo estadísticamente significativos en el logro de la lactancia exclusiva (Dodrill, Donovan, Cleghorn, McMahon, & Davies, 2008).

En el caso de los recién nacidos no prematuros, estudios previos sostienen que la puesta al pecho precoz influye positivamente en la duración de la lactancia materna (Barriuso et al., 2000; Camacho & Duque, 2012; Dodrill et al., 2005; Palomares et al., 2011). La evidencia disponible sugiere que esta sencilla intervención, que no implica costo, tiene muchas ventajas para el niño y su madre precisando muy poco entrenamiento extra y sin requerir un mayor tiempo para el personal sanitario. Los esfuerzos por tanto, debieran centrarse en conseguir un 100% de cobertura en la realización de esta práctica en aquellos prematuros que su edad gestacional y situación clínica lo permita ya que la iniciación temprana de la alimentación al pecho puede aumentar significativamente la tasa de lactancia al alta (Pineda, 2011).

El paso número 7 para una lactancia materna eficaz (World Health Organization, UNICEF, Wellstart International., 2009), consiste en facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.

Nuestro estudio no ha podido demostrar una relación entre el alojamiento en la Hospitalización Conjunta y la lactancia materna al alta y a los tres meses. Motivo de este resultado pudiera ser el hecho de que para los recién nacidos prematuros el protocolo específico de nuestra unidad, contempla este modo de hospitalización sólo en las 48 horas previas al alta. Es razonable suponer que para entonces ya se han producido la mayor parte de las dificultades en torno a la lactancia materna y posiblemente ya se hayan superado o se haya producido un abandono de la misma. En un estudio anterior, motivo de Tesis doctoral, realizado en nuestra unidad sobre recién nacidos a término que permanecían durante todo el ingreso en este modelo de hospitalización, se observó una mayor prevalencia de lactancia materna al alta y a los 6 meses de edad (Zamora , 2013).

Otros estudios con prematuros han incluido la admisión conjunta de la madre y el bebé en la uci neonatal y el alojamiento 24 horas para las madres como una factor positivo para la transición exitosa a la lactancia materna (Mörelus et al., 2015; Oras et al., 2016). También se ha descrito una correlación entre los niveles de cortisol de las madres y los recién nacidos prematuros al momento del alta de la Unidad Neonatal cuando las madres se quedaban junto con sus hijos, compartiendo el mismo entorno 24 horas al día (Mörelus, Theodorsson, & Nelson, 2009; Neu, Laudenslager, & Robinson, 2008; Laura, Thompson & Trevathan, 2008). Del mismo modo Örténstrand et al., (2010), en su estudio sobre 366 prematuros concluyen que la provisión de instalaciones para que los



padres permanezcan en Neoantología compartiendo el ambiente con su recién nacido es una intervención de vital importancia.

**Objetivo:** *Conocer el nivel de satisfacción en la ayuda recibida con la lactancia materna y con el proceso de hospitalización.*

En nuestro estudio, las madres del 91,3% de los prematuros que iniciaron lactancia materna tenían un nivel de satisfacción alto o muy alto respecto a la ayuda recibida con la lactancia durante su ingreso. Con todas las precauciones que conlleva compararnos con estudios sobre recién nacido a término, podemos decir que estos resultados coinciden con los identificados en otro estudio en Italia (Corona et al., 2016) en el que el 93% de las madres presentaba un nivel de satisfacción bueno o muy bueno. Este estudio se realizó en centros que poseían la acreditación IHAN, al igual que nuestro hospital. Cifras inferiores fueron reportadas por Sarasua, Clausen, & Frunchak, 2009 en hospitales no acreditados. Otro estudio también realizado en el contexto IHAN, sugirió que las prácticas contempladas en la acreditación, pueden aumentar las tasas de lactancia, así como la satisfacción materna (Abolyan, 2006).

El alto porcentaje obtenido en la satisfacción con la información recibida sobre la lactancia materna y con la atención en general, no permite establecer una influencia significativa con la lactancia al alta y su mantenimiento a pesar de que otros autores si han identificado esta relación (Rasenack et al., 2012).

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

Las madres de nuestro estudio han percibido de una manera positiva las intervenciones de ayuda con el proceso de amamantamiento. En el mismo sentido, una revisión sistemática identificó que las intervenciones de apoyo y educativas son eficaces para una mayor satisfacción entre las madres de los neonatos prematuros (Ahmed & Sands, 2010). En concordancia con lo expuesto, otro estudio también sugiere que la presencia y un enfoque facilitador, que implican cuidados de apoyo y una relación de confianza, se experimentan como útiles para las mujeres que quieren amamantar (Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes, 2011).



- **Limitaciones del estudio.**

Este estudio presenta algunas limitaciones.

La inclusión sólo de recién nacidos cuyas madres entendieran y hablaran español, puede haber producido cierto sesgo de selección y pudiera limitar la generalización de los resultados de prevalencia, ya que el volumen de madres con idiomas distintos en la zona de estudio es elevado. Pese a ello, para minimizar este sesgo se ha incluido también recién nacidos cuyas madres hablaran y entendieran inglés que es un idioma extendido en la zona de estudio.

Algunos factores que merece la pena contemplar cuando se analizan tasas de lactancia y que no fueron tenidos en cuenta en el presente estudio son el nivel educacional de la madre y la incorporación al trabajo. Tal como se explica en la discusión no se registró la situación laboral previa al embarazo por lo que la asociación directa con el descenso de la prevalencia de lactancia materna al quinto mes puede tener cierto sesgo. Aún así hay numerosos estudios que así lo demuestran y por otro lado no tiene una influencia directa sobre el objetivo principal de estudio, al igual que el nivel educacional.

La lactancia materna es un tema de calado social con lo que durante la entrevista telefónica se pudiera haber producido cierto sesgo de contexto, en concreto un riesgo de respuesta a lo que socialmente es deseable. Por ejemplo cuando preguntamos sobre los hábitos tóxicos se muestra un porcentaje muy

bajo en el consumo de tabaco y nulo en el consumo de alcohol. Estos datos pudieran haber sido distintos si se registraran en la historia clínica de la madre en los distintos controles de embarazo. No obstante como la fuente de obtención de datos fue la misma para todas las madres podemos no considerarlo como un sesgo importante al ser análogo en todas ellas. Además todos los datos, tanto de la entrevista como de la historia clínica, fueron obtenidos por la misma persona, con lo cual, tampoco pudo incurrirse en la variabilidad interobservador.

Por último puede existir una contaminación relacionada con las intervenciones de ayuda en la lactancia que la madre recibe “a demanda” y no son registradas al no estar vinculadas al proceso de evaluación de la toma. No obstante la existencia de un protocolo específico de Lactancia Materna, implantado y bien consolidado en la Unidad Neonatal minimiza en cierta medida esta limitación ya que todas las madres y recién nacidos reciben un mínimo de intervenciones similar durante el proceso de hospitalización.

- **Implicaciones para la práctica asistencial**

Las implicaciones para la práctica asistencial son importantes ya que la Ficha de Observación de la Toma es una herramienta sencilla, adaptada a nuestro contexto y soportada por organizaciones como la OMS y Unicef y que ha demostrado tener una relación con el tipo de lactancia al alta en el grupo de recién nacidos prematuros. Actualmente en nuestro país, su uso está implantado únicamente en los hospitales acreditados por la IHAN (15 hospitales acreditados y 76 en proceso de acreditación en distintas fases) pero podría ser utilizado en hospitales no reconocidos con esta iniciativa, lo que además podría alentar y suponer un primer paso hacia el proceso de acreditación.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***



## **9. Conclusiones.**

9.1. Objetivo específico: *Identificar la prevalencia de lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses en los recién nacidos prematuros de edad gestacional menor o igual a 36 semanas.*

Conclusión 1. La prevalencia de lactancia materna al alta es muy superior a la de lactancia artificial. En cuanto al mantenimiento, la lactancia artificial aumenta a los tres y seis meses mientras que la lactancia materna desciende.

9.2. Objetivo específico 2. *Analizar la asociación existente entre la lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses con las puntuaciones obtenidas en la Ficha de Observación de la Toma realizada en la primera puesta al pecho.*

Conclusión 2. Hemos observado que una mejor puntuación en la Ficha de Observación de la Toma se asocia con mayor lactancia materna al alta en recién nacidos prematuros.

9.3. Objetivo específico: *Conocer la influencia de la intervención de evaluación y ayuda en la toma realizada por la enfermera sobre la lactancia materna al alta, a los tres meses y seis meses.*

Conclusión 3. Las intervenciones de apoyo y educación sobre la lactancia materna asociadas al proceso de evaluación de la toma tienen un efecto protector sobre la lactancia materna.

9.4. Objetivo específico: *Identificar factores dependientes de la madre y del recién nacido relacionados con la lactancia materna al alta y con el mantenimiento de la misma a los tres meses.*

Conclusión 4. Menor peso al nacimiento, ser gemelar y edad gestacional menor influyen negativamente en la lactancia así como el número de días de hospitalización. Por otro lado la elevada edad de la madre es un factor protector para el mantenimiento de la lactancia materna.

9.5. Objetivo específico: *Describir los motivos que condicionan el inicio y abandono de la lactancia materna.*

Conclusión 5. La hipogalactia se presenta como el primer motivo aludido por las madres para el abandono de la lactancia materna seguido del rechazo del pecho por parte del bebé.

9.6. Objetivo específico: *Analizar la asociación existente entre el contacto piel con piel precoz y la lactancia materna así como con la puesta inmediata al pecho tras el nacimiento y la hospitalización conjunta.*

Conclusión 6. En contacto piel con piel precoz, la puesta al pecho inmediata tras el nacimiento y la hospitalización conjunta no tienen un



efecto determinante sobre la lactancia en el grupo de recién nacidos prematuros de nuestro estudio.

9.7. *Objetivo específico: Conocer el nivel de satisfacción de las madres en cuanto a la ayuda recibida sobre la lactancia materna y en su proceso en general.*

Conclusión 7. Las madres de los recién nacidos prematuros se muestran satisfechas o muy satisfechas con la ayuda recibida con la lactancia materna y con la atención durante todo el proceso de hospitalización.

9.8. *Objetivo principal: demostrar la aplicabilidad de una intervención enfermera en la prevalencia de lactancia materna en el recién nacidos prematuros e identificar factores de adherencia prolongada.*

Conclusión 8.

Este estudio ha demostrado un efecto positivo de la intervención realizada sobre la lactancia materna. Las actuaciones de apoyo y educación inherentes al proceso de evaluación de la toma al pecho, son beneficiosas para iniciar y consolidar la lactancia. En general podemos afirmar que el refuerzo y la ayuda que reciben las madres de los recién nacidos prematuros durante la hospitalización afianzan los conocimientos sobre el proceso de lactar.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***



## **10. Prospectiva**

El trabajo realizado en esta Tesis Doctoral ha generado nuevas ideas y preguntas que pueden abrir otras vías de investigación. A continuación se presentan algunas de ellas que pueden ser objeto de estudio.

Tal como se ha comentado anteriormente, la utilización de la Ficha de Observación de la Toma, se establece únicamente en hospitales acreditados o en proceso de acreditación por la IHAN, como una herramienta eficaz para detectar posibles dificultades en el proceso amamantamiento. De ahí surge la primera línea.

**Línea 1.** Realizar un estudio multicéntrico en el que participen hospitales no acreditados por la IHAN, utilizando la misma herramienta de apoyo y evaluación de la toma elaborada por Armstrong, para identificar de qué manera la acreditación influye en las tasas de lactancia en el prematuro. Además comprobar la utilidad de la propia herramienta en un contexto con un enfoque sobre la lactancia materna distinto. Al tratarse de recién nacido prematuros, sería necesario la inclusión de hospitales con el mismo nivel asistencial.

Este trabajo muestra un cambio en el tipo de lactancia después del alta en un gran número de prematuros que presentaron lactancia mixta en el momento de abandonar el hospital. El cambio se produce hacia una lactancia exclusiva en

menor medida y hacia lactancia artificial. Conocer lo que ocurre en ese periodo en ambos grupos de prematuros no orienta hacia la segunda línea de investigación.

**Línea 2.** Estudio de los factores que influyen en el tipo de lactancia a los tres meses en aquellos prematuros que al alta presentaban lactancia mixta. Identificar factores protectores que favorecen el cambio hacia una lactancia materna exclusiva y factores que dificultan su mantenimiento y precipitan su abandono.

Este trabajo no ha podido demostrar la influencia directa de la incorporación al trabajo sobre el mantenimiento de la lactancia materna. Tampoco ha podido estudiar la repercusión de otros factores. El interés por dichos aspectos nos impulsa hacia la tercera línea de estudio.

**Línea 3.** Incorporar en el estudio factores no recogidos en el análisis como la incorporación al trabajo y nivel educacional.

La lactancia materna es una experiencia única en la que se produce una unión positiva entre la madre y el recién nacido pero también en la que ambos viven desafíos y retos que en algunos casos pueden desembocar en sentimientos de

fracaso y culpa. Este sería nuestro punto de partida hacia el desarrollo de una cuarta línea de investigación.

**Línea 4.** Analizar la experiencia de la lactancia materna en el recién nacido prematuro desde un punto de vista cualitativo para identificar intervenciones de ayuda al proceso de lactar que van a condicionar tanto su inicio como su mantenimiento.

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***



## **11. Bibliografía.**

- Abolyan, L. V. (2006). The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 1(2), 71-78.  
<https://doi.org/10.1089/bfm.2006.1.71>
- Abrahams, R. R., MacKay-Dunn, M. H., Nevmerjitskaia, V., MacRae, G. S., Payne, S. P., & Hodgson, Z. G. (2010). An evaluation of rooming-in among substance-exposed newborns in British Columbia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal D'obstétrique et Gynécologie Du Canada: JOGC*, 32(9), 866-871.
- Ahmed, A. H. (2008). Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing*, 34(2), 125-130, 138.
- Ahmed, A. H., & Sands, L. P. (2010). Effect of pre- and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 39(1), 53-63. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01088.x>

- Ainsworth M, Wittig BA. (1969). *Attachment and exploratory behaviour of one-years-olds in a strange situation*. In B.M. Foss editores. *Determinants of Infant Behavior*. London: Methuen. 1969: vol 4p.111-136.
- Åkerström, S., Asplund, I., & Norman, M. (2007). Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Pædiatrica*, 96(10), 1450-1454. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00502.x>
- Almario, C. V., Seligman, N. S., Dysart, K. C., Berghella, V., & Baxter, J. K. (2009). Risk factors for preterm birth among opiate-addicted gravid women in a methadone treatment program. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(3), 326.e1-326.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.052>
- Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Rivkin, M. J., Vajapeyam, S., Mulkern, R. V., ... Eichenwald, E. C. (2004). Early Experience Alters Brain Function and Structure. *Pediatrics*, 113(4), 846-857.
- Als, H., Lester, B. M., Tronick, E. Z., & Brazelton, T. B. (1982). Toward a Research Instrument for the Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB). En H. E. Fitzgerald, B. M. Lester, & M. W. Y. M.D (Eds.), *Theory and Research in Behavioral Pediatrics* (pp. 35-132). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0442-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0442-3_2)



- Alzaheb, R. A. (2016). Factors associated with the initiation of breastfeeding within the first 48 hours of life in Tabuk, Saudi Arabia. *International Breastfeeding Journal*, 11, 21. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0079-4>
- Aravena, J., Eugenia, V., & Henríquez Fierro, E. (2002). Nivel de estres de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepcion, Concepcion, 1999. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 31-36. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000100005>
- Arenas, Y., Salgado, C. Y., & Eslava, D. (2005). Vivencias de los padres de los niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. *Actual. enferm*, 8(2), 8-13. Recuperado a partir de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-82/enfermeria8205-vivencias/>
- Armstrong, H. C. (1992). Training guide in lactation management. Recuperado 24 de septiembre de 2016, a partir de <http://www.ponline.org/node/571326>
- Arnaud-Duc, N., & Fildes, V. (1989). *Wet Nursing. A History from Antiquity to the Present*.

- Ascaso, J. S. (1999). *Códigos legales de tradición babilónica*. Recuperado a partir de <http://www.trotta.es/libros/codigos-legales-de-tradicion-babilonica/9788481643169>
- Bai, Y. K., Gaits, S. I., & Wunderlich, S. M. (2015). Workplace lactation support by New Jersey employers following US reasonable break time for nursing mothers law. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 76–80.
- Baker JP. (1996). . *The machina in the nursery: incubator technology and the origins of newborn intensive care*. *Baltimor: The Johns Hopkins University Press; 1996*.
- Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2016). Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24, e2753. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753>
- Barnett, C. R., Leiderman, P. H., Grobstein, R., & Klaus, M. (1970). Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics*, 45(2), 197-205.
- Barois, J., Grognat, S., Tourneux, P., & Leke, A. (2013). Maternal and neonatal factors associated with successful breastfeeding in very preterm infants. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 20(9), 969-973. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.06.018>

Barriuso Lapresa, L., Sánchez-Valverde Visus, F., Romero Ibarra, C., & Vitoria Comerzana, J. C. (2000). Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales de Pediatría*, 52(3), 225-231. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(00\)77327-9](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(00)77327-9)

Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., ... Look, P. F. V. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 31-38. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862010000100012>

Benevenuto de Oliveira, M. M., Thomson, Z., Vannuchi, M. T. O., & Matsuo, T. (2007). Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Parana, Brazil. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 23(3), 269-274. <https://doi.org/10.1177/0890334407304235>

Bermúdez de Castro, JM. (2011, octubre 4). 65 millones de años de evolución justifican 2 años de lactancia. Recuperado a partir de <https://paleorama.wordpress.com/2011/10/04/65-millones-de-anos-de-evolucion-justifican-2-anos-de-lactancia/>

Berrani, H., Mdaghri Alaoui, A., Kasouati, J., Alaoui, K., & Thimou Izgua, A. (2015). Breastfeeding preterm infants at 6 months in Morocco: prevalence and associated factors. *Archives De Pédiatrie: Organe*

*Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 22(2), 141-145.

<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.11.019>

Bertelle, V., Mabin, D., Adrien, J., & Sizun, J. (2005). Sleep of preterm neonates under developmental care or regular environmental conditions. *Early Human Development*, 81(7), 595-600.  
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.01.008>

Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728-737.

Bjork, M., Thelin, A., Petersson, I., & Hammarlund, K. (2012). A journey filled with emotions - mothers' experiences of breastfeeding their preterm infant in a Swedish neonatal ward. *Breastfeeding Review*, 20(1), 25.

Blackstone, W. (1830). *Commentaries on the Laws of England*. Collins & Hannay.

Blauw-Hospers, C. H., & Hadders-Algra, M. (2005). A systematic review of the effects of early intervention on motor development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(6), 421-432.

Bonet, M., Blondel, B., Agostino, R., Combier, E., Maier, R. F., Cuttini, M., ... MOSAIC research group. (2011). Variations in breastfeeding rates for

very preterm infants between regions and neonatal units in Europe: results from the MOSAIC cohort. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 96(6), F450-452.  
<https://doi.org/10.1136/adc.2009.179564>

Bonet, M, Forcella, E, Blondel, B, Draper, ES, Agostino R, Cuttini, M, & Zeitlin, J. (2015). Approaches to supporting lactation and breastfeeding for very preterm infants in the NICU: a qualitative study in three European regions. - PubMed - NCBI. Recuperado 8 de julio de 2016, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26129632>


Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 853-858.  
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00834.x>

Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 494-508. <https://doi.org/10.1002/imhj.20103>

Borimnejad, L., Mehrnoosh, N., Fatemi, N. S., & Haghani, H. (2013). Impacts of creating opportunities for parent empowerment on maternal stress: A quasi-experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 218-221.

- Bornstein, M. H. (2005). *Handbook of Parenting: Volume I: Children and Parenting*. Psychology Press.
- Borrero-Pachón, M. del P., Olombrada-Valverde, A. E., & Martínez de Alegría, M. I. (2010). Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enfermería Clínica*, 20(2), 119-125. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.01.006>
- Bowlby, J. (1968). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Organización Mundial de la Salud.
- Bowlby, J. (2008). *Attachment: Second Edition*. Basic Books.
- Boykova, M. (2016). Life After Discharge: What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 58-65. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.002>
- Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 26(2), 130-137. <https://doi.org/10.1177/0890334409355779>
- Breast-Feeding, W. C. S. on, & Organization, W. H. (1981). Modalidades de la lactancia natural en la actualidad: informe sobre el estudio en

colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Recuperado a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/40109>

- Briere, C.-E., McGrath, J., Cong, X., & Cusson, R. (2014). An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 43(3), 272-281. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12297>
- Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD001141.
- Brown, G. (2009). NICU noise and the preterm infant. *Neonatal Network: NN*, 28(3), 165-173.
- Callen, J., Pinelli, J., Atkinson, S., & Saigal, S. (2005). Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the hospital and postdischarge. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 5(2), 93-103.
- Camacho, I. G., & Duque, N. R. (2012).  Estudio de Prevalencia de Lactancia Materna en la isla de La Palma. *ENE, Revista de Enfermería*, 4(1). Recuperado a partir de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/109>

Caplan, G., Mason, E. A., & Kaplan, D. M. (2000, febrero). Four Studies of Crisis in Parents of Prematures [Text]. Recuperado 6 de enero de 2012, a partir de <http://www.ingentaconnect.com/content/klu/comh/2000/00000036/00000001/00221490>

Casavant, S. G., McGrath, J. M., Burke, G., & Briere, C.-E. (2015). Caregiving Factors Affecting Breastfeeding Duration Within a Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 15(6), 421-428. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000234>

Charavel, M. (2000). Evolution de l'attitude des mères d'enfant prématuré et des mères d'enfant à terme en interaction avec leur bébé: Une étude éthologique de la naissance à 6 mois. *La Psychiatrie de l'enfant*, 43(1), 175-206. Recuperado 12 de octubre de 2016, a partir de [zotero://attachment/709/](http://zotero://attachment/709/)

Chen, H.-Y., Chuang, C.-H., Yang, Y.-J., & Wu, T.-P. (2011). Exploring the risk factors of preterm birth using data mining. *Expert Systems with Applications*, 38(5), 5384-5387. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2010.10.017>

Chiou, S.-T., Chen, L.-C., Yeh, H., Wu, S.-R., & Chien, L.-Y. (2014). Early skin-to-skin contact, rooming-in, and breastfeeding: a comparison of the 2004



and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(1), 33-38. <https://doi.org/10.1111/birt.12090>

Colaizy, T. T., & Morriss, F. H. (2008). Positive effect of NICU admission on breastfeeding of preterm US infants in 2000 to 2003. *Journal of Perinatology*, 28(7), 505-510. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.32>

Corona, M. F., Cataldi, P., Zaccagnini, G., Maddaluno, S., Capone, V., Conti, A., ... Parmigiani, S. (2016). Successful breastfeeding: a global intervention for a physiological process. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 87(2), 156-160.

Cortés, J. (2002). El Corán. Edición de Julio Cortés. 8ª ed. 2002, Barcelona: Herder. Recuperado 10 de octubre de 2016, a partir de <http://www.iberlibro.com/CORAN-Julio-cort%C3%A9s-Trad-Herder/15734013833/bd>

Cusson, R. M. (2003). Factors Influencing Language Development in Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(3), 402-409. <https://doi.org/10.1177/0884217503253530>

Cuttini, M., Rebagliato, M., Bortoli, P., Hansen, G., Leeuw, R. de, Lenoir, S., ... Saracci, R. (1999). Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe.

*Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 81(2),  
F84-F91. <https://doi.org/10.1136/fn.81.2.F84>

da Costa, S. P., van der Schans, C. P., Boelema, S. R., van der Meij, E.,  
Boerman, M. A., & Bos, A. F. (2010). Sucking patterns in fullterm infants  
between birth and 10 weeks of age. *Infant Behavior and Development*,  
33(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.11.007>

Damato, E. G., Dowling, D. A., Standing, T. S., & Schuster, S. D. (2005).  
Explanation for cessation of breastfeeding in mothers of twins. *Journal of  
Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant  
Association*, 21(3), 296-304. <https://doi.org/10.1177/0890334405277501>

Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very  
premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human  
Development*, 73(1-2), 61-70. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(03\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(03)00073-2)

Davis, L., Mohay, H., & Edwards, H. (2003). Mothers' involvement in caring for  
their premature infants: an historical overview. *Journal of Advanced  
Nursing*, 42(6), 578-586.

De Mause LI. (1982). *Historia de la Infancia*. Madrid: Alianza Editorial.

de Neonatología, S. E. . (2005). *Manual para padres con niños prematuros*.  
Madrid: Ibáñez & plaza.

- de Pediatría. (2008). *Manual de Lactancia Materna*. Ed. Médica Panamericana.
- de Pediatría, A. E. (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografía nº 5 de la Asociación Española de Pediatría.
- de Pediatría, A. E. (2012). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría. Recuperado 17 de noviembre de 2016, a partir de <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- Del Moral, T. B. E., & Bancalari, E.. (2010). Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Bol Pediatr*, 50(supl 1), 39-42.
- Demirci, J. R., Sereika, S. M., & Bogen, D. (2012). Prevalence and Predictors of Early Breastfeeding Among Late Preterm Mother–Infant Dyads. *Breastfeeding Medicine*, 8(3), 277-285. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0075>
- Denoual, H., Dargentas, M., Roudaut, S., Balez, R., & Sizun, J. (2016). Father's role in supporting breastfeeding of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(6), e010470. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010470>

Denucé J. (1857). Berceau incubateur pour les enfants nés avant terme. *Journal de Médecine de Bordeaux.* ; 723-24.

Diario de las Comunidades Europeas. (1993). Carta Europea de los niños hospitalizados. 13 mayo 1986. *Bol Pediatr* 1993;34:69-71.

Dodrill, P., Donovan, T., Cleghorn, G., McMahon, S., & Davies, P. S. W. (2008). Attainment of early feeding milestones in preterm neonates. *Journal of Perinatology*, 28(8), 549-555. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.56>

Doyle, L. W., & the Victorian Infant Collaborative Study Group. (2004). Evaluation of Neonatal Intensive Care for Extremely Low Birth Weight Infants in Victoria Over Two Decades: I. Effectiveness. *Pediatrics*, 113(3), 505-509.

Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L, S. O. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>

Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M. J., Woolridge, M., Sowden, A. J., & Lister-Sharp, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 4(25), 1-171.



- Falcón, P., María, F., Moncada, Z., Soto, O., Josefina, S., & Marquina Volcanes, M. (2009). Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. *Index de Enfermería*, 18(1), 13-17.
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x>
- Fegran, L., Helseth, S., & Slettebø, A. (2006). Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units. *Nursing Ethics*, 13(1), 52-64.
- Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K. H., & Starrin, B. (2006). Trustful bonds: a key to «becoming a mother» and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine* (1982), 62(1), 70-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.026>
- Freitas, B. A. C. de, Lima, L. M., Carlos, C. F. L. V., Priore, S. E., & Franceschini, S. do C. C. (2016). [Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service]. *Revista Paulista De Pediatria: Orgão Oficial Da Sociedade De Pediatria De São Paulo*, 34(2), 189-196. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.10.005>

- Garelli J.C, Montuori E. (1997). Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. *Arch. Arg. Pediatr.* 1997; 95:122-126.
- Gibson-Davis, C. M., & Brooks-Gunn, J. (2007). The Association of Couples' Relationship Status and Quality With Breastfeeding Initiation. *Journal of Marriage and Family*, 69(5), 1107-1117. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00435.x>
- Gielen, A. C., Faden, R. R., O'Campo, P., Brown, C. H., & Paige, D. M. (1991). Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. *Pediatrics*, 87(3), 298–305.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet (London, England)*, 371(9606), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Gómez, N. M. D., García, C. I. G., & García, M. J. R. (2006). *Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia*. McGraw-Hill Interamericana de España. McGraw-Hill Interamericana de España. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=266573>
- González-Serrano, F., Castro, C., Lasa, A., Hernanz, M., Tapia, X., Torres, M., & Ibañez, B. (2012). Las representaciones de apego y el estrés en las madres de niños nacidos pretérmino de muy bajo peso a los 2 años.

**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera**

*Anales de Pediatría*, 76(6), 329-335.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.01.003>

Goyal, N. K., Attanasio, L. B., & Kozhimannil, K. B. (2014). Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(4), 330-338.  
<https://doi.org/10.1111/birt.12135>

Goyal, R. C., Banginwar, A. S., Ziyu, F., & Toweir, A. A. (2011). Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling - A hospital-based study in Libya. *Journal of Family & Community Medicine*, 18(2), 74-79. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.83372>

Guelinckx, I., Devlieger, R., Bogaerts, A., Pauwels, S., & Vansant, G. (2012). The effect of pre-pregnancy BMI on intention, initiation and duration of breast-feeding. *Public health nutrition*, 15(05), 840–848.

Guerra, G., Clemente, J., Cárdenas, R. D., & Helena, C. (2008). Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances en Enfermería*, 26(2), 80-90.

Gutiérrez, R., & Montejano, C. (2013). Etnoteorías y prácticas de lactancia materna en una comunidad maya de Yucatán. *ResearchGate*, XVI, 907-928.

- Hamilton, B. E., Martin, J. A., & Ventura, S. J. (2006). Births: preliminary data for 2005. *National vital statistics reports*, 55(11), 1-18. Recuperado 25 de septiembre de 2016, a partir de <http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/prelimbirths05/prelimbirths05.htm>
- Hammond, G., Langridge, A., Leonard, H., Hagan, R., Jacoby, P., DeKlerk, N., ... Stanley, F. (2013). Changes in risk factors for preterm birth in Western Australia 1984-2006. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(9), 1051-1060. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12188>
- Hasselberg, M., Huus, K., & Golsäter, M. (2016). Breastfeeding Preterm Infants at a Neonatal Care Unit in Rural Tanzania. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.07.010>
- Heidari, H., Hasanpour, M., & Fooladi, M. (2013). The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 208-213.
- Hernández Aguilar, M. T., & Aguayo Maldonado, J. (2005). La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *Anales de Pediatría*, 63(4), 340-356. <https://doi.org/10.1157/13079817>





- Hogue, C. J., Hoffman, S., & Hatch, M. C. (2001). Stress and preterm delivery: a conceptual framework. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15 Suppl 2, 30-40.
- Huang, R., & Yang, M. (2015). Paid maternity leave and breastfeeding practice before and after California's implementation of the nation's first paid family leave program. *Economics & Human Biology*, 16, 45–59.
- Ibañez M. (2005). Estudio longitudinal de 54 niños prematuros de bajo peso < 1.500 g sin secuelas a los 30 meses: influencia del riesgo biológico y el riesgo psicosocial en la aparición de secuelas leves tardías a los 7 años. Tesis doctoral. Facultad de psicología-Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.
- Ikeda, N., Shoji, H., Murano, Y., Mori, M., Matsunaga, N., Suganuma, H., ... Shimizu, T. (2014). Effects of breastfeeding on the risk factors for metabolic syndrome in preterm infants. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 5(6), 459-464.  
<https://doi.org/10.1017/S2040174414000397>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). Fenómenos demográficos. Movimiento Natural de la Población. Recuperado 26 de septiembre de 2016, a partir de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe304&file=inebase&L=0>

- Jaafar, S. H., Lee, K. S., & Ho, J. J. (2012). Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD006641. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub2>
- James, D. ., & Lessen, R. (2009). Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(11), 1926-1942. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.09.018>
- Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 23(1), 27-32.
- Jones, L., Rowe, J., & Becker, T. (2009). Appraisal, Coping, and Social Support as Predictors of Psychological Distress and Parenting Efficacy in Parents of Premature Infants. *Children's Health Care*, 38(4), 245-262. <https://doi.org/10.1080/02739610903235976>
- Kair, L. R., & Colaizy, T. T. (2016a). Breastfeeding Continuation Among Late Preterm Infants: Barriers, Facilitators, and Any Association With NICU Admission? *Hospital Pediatrics*, 6(5), 261-268. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0172>



- Kair, L. R., & Colaizy, T. T. (2016b). Obese Mothers have Lower Odds of Experiencing Pro-breastfeeding Hospital Practices than Mothers of Normal Weight: CDC Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2004-2008. *Maternal and Child Health Journal*, 20(3), 593-601. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1858-z>
- Kair, L. R., Flaherman, V. J., Newby, K. A., & Colaizy, T. T. (2015). The experience of breastfeeding the late preterm infant: a qualitative study. *Breastfeeding Medicine*, 10(2), 102-106. Recuperado 8 de julio de 2016, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25647732>
- Kakuma, R. (2002). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review*. World Health Organization. World Health Organization.
- Kantorowska, A., Wei, J. C., Cohen, R. S., Lawrence, R. A., Gould, J. B., & Lee, H. C. (2016). Impact of Donor Milk Availability on Breast Milk Use and Necrotizing Enterocolitis Rates. *Pediatrics*, 137(3), e20153123. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3123>
- Kennell JH & Klaus MH. (1976). Caring for parents of a premature sick infant: In *Maternal Infant Bonding: the impact of early separation or loss on family development*. Klaus MH & Kennell JH eds; CV. Mosby Co., Saint Louis, pp. 99-166.

- Kumar, S. P., Mooney, R., Wieser, L. J., & Havstad, S. (2006). The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 22(4), 391-397. <https://doi.org/10.1177/0890334406293161>
- Lamounier, J. A. (2016). Breastfeeding in preterm infants: public health policy in primary care. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(2), 137-138. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.011>
- Langhoff-Roos, J., Kesmodel, U., Jacobsson, B., Rasmussen, S., & Vogel, I. (2006). Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. *BMJ*, 332(7547), 937-939. <https://doi.org/10.1136/bmj.38751.524132.2F>
- Lapresa, L. ., Visus, F., Ibarra, C. ., & Comerzana, J. . (1999). Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr*, 50(3), 237-243. Recuperado a partir de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-3-5.pdf>
- Lau, Y., Htun, T. P., Lim, P. I., Ho-Lim, S., & Klainin-Yobas, P. (2016). Psychometric Evaluation of 5- and 4-Item Versions of the LATCH Breastfeeding Assessment Tool during the Initial Postpartum Period among a Multiethnic Population. *PloS One*, 11(5), e0154331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154331>

- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(7), 843-853.
- Lee, S. Y., & Jang, G. J. (2016). Prevalence and Predictors of Exclusive Breastfeeding in Late Preterm Infants at 12 Weeks. *Child Health Nursing Research*, 22(2), 79-86. <https://doi.org/10.4094/chnr.2016.22.2.79>
- Lee, Y. M., Song, K. H., Kim, Y. M., Kang, J. S., Chang, J. Y., Seol, H. J., ... Bae, C. W. (2010). Complete rooming-in care of newborn infants. *Korean Journal of Pediatrics*, 53(5), 634-638. <https://doi.org/10.3345/kjp.2010.53.5.634>
- Lewallen, L. P., Dick, M. J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K. T., Wall, Y. G., & Price, Z. M. (2006). Breastfeeding support and early cessation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 35(2), 166-172. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00031.x>
- Lewandowski, A. J., Lamata, P., Francis, J. M., Piechnik, S. K., Ferreira, V. M., Boardman, H., ... Lucas, A. (2016). Breast Milk Consumption in Preterm Neonates and Cardiac Shape in Adulthood. *Pediatrics*, 138(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0050>

- López Maestro, M., Melgar Bonis, A., de la Cruz-Bertolo, J., Perapoch López, J., Mosqueda Peña, R., & Pallás Alonso, C. (2014). Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *Anales de Pediatría*, 81(4), 232-240. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.043>
- Lu, L., Qu, Y., Tang, J., Chen, D., & Mu, D. (2015). Risk factors associated with late preterm births in the underdeveloped region of China: A cohort study and systematic review. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 54(6), 647-653. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2014.05.011>
- Lucas, R. F., & Smith, R. L. (2015). When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 15(2), 134-141. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000167>
- Lucas, R., Judge, M., Sajdlowska, J., Cong, X., McGrath, J. M., & Brandon, D. (2015). Effect of Maternal Body Mass Index on Infant Breastfeeding Behaviors and Exclusive Direct Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 44(6), 772-783. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12755>
- Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., ... Hallström, I. (2014a). Breastfeeding Progression in Preterm Infants Is Influenced by Factors in Infants, Mothers and Clinical

Practice: The Results of a National Cohort Study with High Breastfeeding Initiation Rates. *PLOS ONE*, 9(9), e108208.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108208>

Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., ... Hallström, I. (2014b). Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PloS One*, 9(2), e89077.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089077>

Macadam, P. S., & Dettwyler, K. A. (1995). *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*. Transaction Publishers.

Mangelsdorf, S. C., Plunkett, J. W., Dedrick, C. F., Berlin, M., Meisels, S. J., McHale, J. L., & Dichtellmiller, M. (1996). Attachment security in very low birth weight infants. *Developmental Psychology*, 32(5), 914-920.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.5.914>

Mauri, P. A., Zobbi, V. F., & Zannini, L. (2012). Exploring the mother's perception of latching difficulty in the first days after birth: An interview study in an Italian hospital. *Midwifery*, 28(6), 816-823.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.09.010>

McAnulty, G., Duffy, F. H., Kosta, S., Weisenfeld, N. I., Warfield, S. K., Butler, S. C., ... Als, H. (2012). School Age Effects of the Newborn

Individualized Developmental Care and Assessment Program for Medically Low-Risk Preterm Infants: Preliminary Findings. *Journal of Clinical Neonatology*, 1(4), 184-194. <https://doi.org/10.4103/2249-4847.105982>

Medina, R., Doncel, D., Reyes, S., Álvarez, J., & Morales, J. M. (2011). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la adherencia prolongada. *Metas de enfermería*, 14(8), 16-22.

Mehta, U. J., Siega-Riz, A. M., Herring, A. H., Adair, L. S., & Bentley, M. E. (2012). Pregravid body mass index, psychological factors during pregnancy and breastfeeding duration: is there a link? *Maternal & child nutrition*, 8(4), 423–433.

Meier, P., Patel, A. L., Wright, K., & Engstrom, J. L. (2013). Management of Breastfeeding During and After the Maternity Hospitalization for Late Preterm Infants. *Clinics in perinatology*, 40(4), 689-705. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.014>

Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Crean, H. F., Johnson, J., Fairbanks, E., ... Corbo-Richert, B. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 113(6), e597-607.





Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., ... Sinkin, R. A. (2001). Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: a pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 373-389.

Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F., & Fairbanks, E. (2008). Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nursing Research*, 57(6), 383-394. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181906f59>

Melnyk, B. M., & Feinstein, N. F. (2009). Reducing hospital expenditures with the COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment) program for parents and premature infants: an analysis of direct healthcare neonatal intensive care unit costs and savings. *Nursing Administration Quarterly*, 33(1), 32-37. <https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000343346.47795.13>

Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., ... Gross, S. J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), e1414-1427. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2580>

- Merewood, A., Brooks, D., Bauchner, H., MacAuley, L., & Mehta, S. D. (2006). Maternal Birthplace and Breastfeeding Initiation Among Term and Preterm Infants: A Statewide Assessment for Massachusetts. *Pediatrics*, *118*(4), e1048-e1054. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2637>
- Merten, S., Dratva, J., & Ackermann-Liebrich, U. (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, *116*(5), e702-708. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0537>
- Mianaei, S. J., Karahroudy, F. A., Rassouli, M., & Tafreshi, M. Z. (2014). The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *19*(1), 94-100.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Unidades de neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA\\_Accesible.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Recuperado a partir de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. (2012).

*Encuesta Nacional de Salud 2012. (Consultado el 25/10/2016 Disponible en:*

*<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p06/l0/&file=06153.px&type=pcaxis&L=0>.*

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Cuidados desde el nacimiento .  
Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas .

Mirkovic, K. R., Perrine, C. G., Scanlon, K. S., & Grummer-Strawn, L. M. (2014).

Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US mothers' ability to meet breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*, 30(4), 416–419.

Molinero Diaz, P., Burgos Rodríguez, M. J., & Mejía Ramírez de Arellano, M.

(2015). Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*, 25(5), 232-238.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.05.002>

Montirosso, R., Casini, E., Del Prete, A., Zanini, R., Bellù, R., Borgatti, R., &

NEO-ACQUA Study Group. (2016). Neonatal developmental care in infant pain management and internalizing behaviours at 18 months in prematurely born children. *European Journal of Pain (London, England)*, 20(6), 1010-1021. <https://doi.org/10.1002/ejp.826>

- Montirosso, R., Del Prete, A., Bellù, R., Tronick, E., Borgatti, R., & Neonatal Adequate Care for Quality of Life (NEO-ACQUA) Study Group. (2012). Level of NICU quality of developmental care and neurobehavioral performance in very preterm infants. *Pediatrics*, 129(5), e1129-1137. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0813>
- Montirosso, R., Giusti, L., Del Prete, A., Zanini, R., Bellù, R., Borgatti, R., & NEO-ACQUA Study Group. (2016). Language outcomes at 36 months in prematurely born children is associated with the quality of developmental care in NICUs. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 36(9), 768-774. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.57>
- Mörelus, E., Örténstrand, A., Theodorsson, E., & Frostell, A. (2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Human Development*, 91(1), 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005>
- Mörelus, E., Theodorsson, E., & Nelson, N. (2009). Stress at three-month immunization: Parents' and infants' salivary cortisol response in relation to the use of pacifier and oral glucose. *European Journal of Pain*, 13(2), 202-208. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.03.016>

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera***

- Mozurkewich, E. L., Luke, B., Avni, M., & Wolf, F. M. (2000). Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 95(4), 623-635.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Nagulesapillai, T., McDonald, S. W., Fenton, T. R., Mercader, H. F., & Tough, S. C. (2013). Breastfeeding difficulties and exclusivity among late preterm and term infants: results from the all our babies study. *Canadian Journal of Public Health*, 104(4), e351-356. Recuperado 9 de julio de 2016, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24044478>
- Ness, A., Mayo, J., Stevenson, D. K., & Shaw, G. (2016). 713: Preterm birth rates by gestational age and demographic factors in twins compared to singletons in California 2007-2010. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 214(1), S374-S375. Recuperado 27 de septiembre de 2016, a partir de <http://ws003.juntadeandalucia.es:2053/science/article/pii/S0002937815020657>

- Neu, M., Laudenslager, M. L., & Robinson, J. (2008). Coregulation in Salivary Cortisol During Maternal Holding of Premature Infants. *Biological Research For Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1099800408327789>
- Niela-Vilén, H., Melender, H.-L., Axelin, A., Löyttyniemi, E., & Salanterä, S. (2016). Predictors of Breastfeeding Initiation and Frequency for Preterm Infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 45(3), 346-358. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.01.006>
- Niño M, R., Silva E, G., & Atalah S, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161-169. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>
- Nyqvist, K. H. (2008). *Breastfeeding preterm infants. Supporting sucking skills in breastfeeding infants, 153-180.*
- Nyqvist, K. H., Sjöden, P.-O., & Ewald, U. (1999). The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Human Development*, 55(3), 247-264. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(99\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(99)00025-0)
- Ogbuanu, C., Glover, S., Probst, J., Hussey, J., & Liu, J. (2011). Balancing work and family: effect of employment characteristics on breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 0890334410394860.



Oras, P., Blomqvist, Y. T., Nyqvist, K. H., Gradin, M., Rubertsson, C., Hellström-Westas, L., & Funkquist, E. L. (2015). Breastfeeding Patterns in Preterm Infants Born at 28-33 Gestational Weeks. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 377-385. Recuperado 8 de julio de 2016, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25956792>

Oras, P., Thernström Blomqvist, Y., Hedberg Nyqvist, K., Gradin, M., Rubertsson, C., Hellström-Westas, L., & Funkquist, E.-L. (2016). Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 105(7), 783-789. <https://doi.org/10.1111/apa.13431>

Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., ... Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>

Ortenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., Sarman, I., Akerström, S., Brune, T., ... Waldenström, U. (2010). The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*, 125(2), e278-285. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1511>

Örtenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., ... Waldenström, U. (2010). The Stockholm Neonatal Family



Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity.  
*Pediatrics*, peds.2009-1511. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1511>

Orün, E., Yalçın, S. S., Madendağ, Y., Ustünyurt-Eras, Z., Kutluk, S., & Yurdakök, K. (2010). Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52(1), 10-16.

Oswalt, K. L., McClain, D. B., & Melnyk, B. (2013). Reducing anxiety among children born preterm and their young mothers. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(3), 144-149. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e318286140c>

Pallás, C. R. (2007). Percepciones de los padres: Relación con las normas de entrada a la unidad neonatal. In Actas del IV Congreso FEDALMA, Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios de la Universidad Pública de Navarra (pp. 21-22).

Palomares Gimeno, M. J., Fabregat Ferrer, E., Folch Manuel, S., Escrig García, B., Escoín Peña, F., & Gil Segarra, C. (2011). Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. Recuperado 12 de noviembre de 2016, a partir de [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5l\\_LjPq5MY8tQoQkuAtZTCoR-CGB](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPq5MY8tQoQkuAtZTCoR-CGB)





- Pannu, P., Giglia, R., Binns, C., Scott, J., & Oddy, W. (2011). The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatrica*, 100(4), 534-537. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.02105.x>
- Patra, K., Greene, M. M., Patel, A. L., & Meier, P. (2016). Maternal Education Level Predicts Cognitive, Language, and Motor Outcome in Preterm Infants in the Second Year of Life. *American Journal of Perinatology*, 33(8), 738-744. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1572532>
- Perrella, S. L., Williams, J., Nathan, E. A., Fenwick, J., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2012). Influences on breastfeeding outcomes for healthy term and preterm/sick infants. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 7, 255-261. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0118>
- Pineda, R. G. (2010). Predictors of Breastfeeding and Breastmilk Feeding Among Very Low Birth Weight Infants. *Breastfeeding Medicine*, 6(1), 15-19. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0010>
- Pineda, R. G. (2011). Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. *Breastfeeding medicine*, 6(1), 15–19.

- Pinelli, J. (2000). Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Network: NN*, 19(6), 27-37.
- Pinelli, J., Atkinson, S. A., & Saigal, S. (2001). Randomized trial of breastfeeding support in very low-birth-weight infants. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(5), 548-553.
- Pinelli, J., Saigal, S., Billwu, Y., Cunningham, C., Dicenso, A., Steele, S., ... Turner, S. (2008). Patterns of change in family functioning, resources, coping and parental depression in mothers and fathers of sick newborns over the first year of life☆. *Journal of Neonatal Nursing*, 14(5), 156-165.  
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2008.03.015>
- Powers, N. G., Bloom, B., Peabody, J., & Clark, R. (2003). Site of Care Influences Breastmilk Feedings at NICU Discharge. *Journal of Perinatology*, 23(1), 10-13. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210860>
- Prats Coll, R., & Albaladejo Cortes, M., Bardon Fernández, R., & Checa Jane, M. (2004). Análisis de la problemática del parto prematuro. Una visión epidemiológica. Parto prematuro. Madrid: Médica Panamericana, 1-17.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and

meta-analysis of world literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113-1135. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254>

Prunet, C., Delnord, M., Saurel-Cubizolles, M.-J., Goffinet, F., & Blondel, B. (2016). Risk factors of preterm birth in France in 2010 and changes since 1995: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.02.010>

Raghavan, V., Bharti, B., Kumar, P., Mukhopadhyay, K., & Dhaliwal, L. (2014). First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: prevalence and predictors in a tertiary care setting. *Indian Journal of Pediatrics*, 81(8), 743-750. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-1200-y>

Ramachandran, S., & Dutta, S. (2013). Early developmental care interventions of preterm very low birth weight infants. *Indian Pediatrics*, 50(8), 765-770.

Rasenack, R., Schneider, C., Jahnz, E., Schulte-Mönting, J., Prömpeler, H., & Kunze, M. (2012). Factors Associated with the Duration of Breastfeeding in the Freiburg Birth Collective, Germany (FreiStill). *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 72(01), 64-69. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280470>

Raskovalova, T., Teasley, S. L., Gelbert-Baudino, N., Mauri, P. A., Schelstraete, C., Massoutier, M., ... Labarère, J. (2015). Breastfeeding Assessment

Score: Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(5), e1276-e1285. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3072>

Ravn, I. H., Smith, L., Smeby, N. A., Kynoe, N. M., Sandvik, L., Bunch, E. H., & Lindemann, R. (2012). Effects of early mother-infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: a randomized controlled trial. *Infant Behavior & Development*, 35(1), 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.09.006>

Rayfield, S., Oakley, L., & Quigley, M. A. (2015). Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. *BMJ Open*, 5(11), e009144. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009144>

Reyes, S., Romero, J., Rivas, F., Perea, E., & Medina, R. (2008). Trastorno por estrés postraumático en nacidos prematuros. *Anales españoles de pediatría: Publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*, 69(2), 134-140.

Riordan, J., Bibb, D., Miller, M., & Rawlins, T. (2001). Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 17(1), 20-23.

- Riordan, J. M., & Koehn, M. (1997). Reliability and Validity Testing of Three Breastfeeding Assessment Tools. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26(2), 181-187. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02131.x>
- Rius, J. M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López, A., ... Vento, M. (2014). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de Pediatría*, 80(1), 6-15. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.05.011>
- Rodriguez, N. A., Miracle, D. J., & Meier, P. P. (2005). Sharing the science on human milk feedings with mothers of very-low-birth-weight infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 34(1), 109-119. <https://doi.org/10.1177/0884217504272807>
- Rodríguez, S. R., de Ribera, C. G., & Garcia, M. P. A. (2008). El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría AEP: Neonatología; cap, 8, 68-77.
- Romero, M. E., Algaba, S., Jesús Albar, M., Núñez, E., Calero, C., & María Pérez, I. (2004). Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*, 14(4), 194-202. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73885-1](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73885-1)

- Rowe, J., & Jones, L. (2010). Discharge and beyond. A longitudinal study comparing stress and coping in parents of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 16(6), 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2010.07.018>
- Ruiz, A. L., Ceriani Cernadas, J. M., Cravedi, V., & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr*, 103(1), 36-45.
- Ruiz Al. (2004). *Un nacimiento antes de tiempo. Edit Universidad de Ciencias Empresariales y sociales (UCES) Subjetividad y procesos cognitivos. 2004; (6):256-80.*
- Sanz, F. Q. (2008). Memorias de victoria y muerte: ideales, realidades, tumbas de guerra y trofeos en la antigua Grecia. *Hesperia, culturas del Mediterráneo*, 113.
- Sarasua, I., Clausen, C., & Frunchak, V. (2009). Mothers' Experiences with Breastfeeding Management and Support: A Quality Improvement Study. *Breastfeeding Review*, 17(1), 19.
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth*, 38(1), 49-60. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x>

- Serradas Fonseca, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*, 24(71), 447-468.
- Shah, P. E., Clements, M., & Poehlmann, J. (2011). Maternal Resolution of Grief After Preterm Birth: Implications for Infant Attachment Security. *PEDIATRICS*, 127(2), 284-292. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1080>
- Sharp, M., Campbell, C., Chiffings, D., Simmer, K., & French, N. (2015). Improvement in long-term breastfeeding for very preterm infants. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(3), 145-149. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0117>
- Shaw, R. J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute Stress Disorder Among Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. *Psychosomatics*, 47(3), 206-212. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.3.206>
- Sherriff, N., Hall, V., & Panton, C. (2014). Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. *Midwifery*, 30(6), 667-677. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.014>
- Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, & Baley J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-

birth-weight infant. *JAMA*, 281(9), 799-805.  
<https://doi.org/10.1001/jama.281.9.799>

Sizun, J., & Westrup, B. (2004). Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 89(5), F384-F388.  
<https://doi.org/10.1136/adc.2002.025114>

Spear, M. L., Leef, K., Epps, S., & Locke, R. (2002). Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Perinatology*, 19(4), 205-213. <https://doi.org/10.1055/s-2002-28484>

Srivastava, S., Gupta, A., Bhatnagar, A., & Dutta, S. (2014). Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health*, 58(1), 22-26.  
<https://doi.org/10.4103/0019-557X.128160>

Symington, A. J., & Pinelli, J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. En The Cochrane Collaboration & A. J. Symington (Eds.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.  
Recuperado a partir de  
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202736125&DocumentID=CD005495>



- Talavera, M. M., Bixler, G., Cozzi, C., Dail, J., Miller, R. R., McClead, R., & Reber, K. (2016). Quality Improvement Initiative to Reduce the Necrotizing Enterocolitis Rate in Premature Infants. *Pediatrics*, 137(5).  
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-1119>
- Thompson, J. M. D., Irgens, L. M., Rasmussen, S., & Daltveit, A. K. (2006). Secular trends in socio-economic status and the implications for preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 20(3), 182-187.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2006.00711.x>
- Thompson, L. A., & Trevathan, W. R. (2008). Cortisol reactivity, maternal sensitivity, and learning in 3-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 92-106. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.07.007>
- Thompson, L. A., Zhang, S., Black, E., Das, R., Ryngaert, M., Sullivan, S., & Roth, J. (2013). The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Maternal and child health journal*, 17(10), 1842–1851.
- Tornese, G., Ronfani, L., Pavan, C., Demarini, S., Monasta, L., & Davanzo, R. (2012). Does the LATCH Score Assessed in the First 24 Hours After Delivery Predict Non-Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge? *Breastfeeding Medicine*, 7(6), 423-430.  
<https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0120>

- Torres, G., Argés, L., Alberto, M., & Figueroa, R. (2004). Leche humana y nutrición en el prematuro pequeño. *Nutrición Hospitalaria*, 19(4), 236-242.
- Turan, T., Başbakkal, Z., & Ozbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2856-2866. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x>
- Vanderbilt, D., Bushley, T., Young, R., & Frank, D. A. (2009). Acute Posttraumatic Stress Symptoms Among Urban Mothers With Newborns in the Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(1), 50-56. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318196b0de>
- Vera, C. J. G., & Olcina, M. J. E. (2009). Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evidencias en pediatría*, 5(1), 13.
- Vessièrè-Varigny, M., Garlantézec, R., Gremmo-Feger, G., Collet, M., & Sizun, J. (2010). Allaitement maternel du nouveau-né prématuré : évaluation prospective dans une maternité universitaire. *Archives de Pédiatrie*, 17(10), 1416-1424. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.04.016>

Vizziello, G. F., Rebecca, L., & Calvo, V. (1997). Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros | Sepypna.com. Recuperado 19 de septiembre de 2016, a partir de <http://www.seypna.com/articulos/representaciones-maternas-apego-desarrollo/>

Wang, L.-W., Wang, S.-T., & Huang, C.-C. (2008). Preterm infants of educated mothers have better outcome. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 97(5), 568-573. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00738.x>

Westrup, B., Sizun, J., & Lagercrantz, H. (2007). Family-centered developmental supportive care: a holistic and humane approach to reduce stress and pain in neonates. *Journal of Perinatology*, 27(S1), S12-S18. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211724>

Wheeler, B. J. (2009). Human-milk feeding after NICU discharge. *Neonatal Network: NN*, 28(6), 381-389. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.28.6.381>

Wickes, I. G. (1953a). *A history of infant feeding: Part I. Primitive peoples: Ancient Works: Renaissance writers. Archives of disease in childhood*, 28(138), 151.

- Wickes, I. G. (1953b). *A History of Infant Feeding Part II. Seventeenth and Eighteenth Centuries. Archives of disease in childhood, 28(139), 232-240.*
- Wigert, H., Dellenmark Blom, M., & Bry, K. (2014). Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatrics, 14*, 304. <https://doi.org/10.1186/s12887-014-0304-5>
- Wigert, H., Dellenmark, M. B., & Bry, K. (2013). Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatrics, 13*, 71. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-71>
- Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother–infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal, 20(4), 393-409.* [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199924\)20:4<393::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199924)20:4<393::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-I)
- World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. (2009). Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Recuperado 25 de octubre de 2016, a partir de [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/)
- World Health Organization (WHO). (2002). Infant and young child nutrition-55th World Health Assembly (WHA55. 25). Agenda item, 13, 14-22.

- Xiang, N., Zadoroznyj, M., Tomaszewski, W., & Martin, B. (2016). Timing of Return to Work and Breastfeeding in Australia. *Pediatrics*, e20153883. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3883>
- Yalom M. (1997). *Historia del Pecho* (1ª Edición). Barcelona: Tusquest Editores S.A.
- Yokoyama, Y., & Ooki, S. (2004). Breast-feeding and bottle-feeding of twins, triplets and higher order multiple births. [*Nihon Koshu Eisei Zasshi*] *Japanese Journal of Public Health*, 51(11), 969-974.
- Yokoyama, Y., Wada, S., Sugimoto, M., Katayama, M., Saito, M., & Sono, J. (2006). Breastfeeding rates among singletons, twins and triplets in Japan: A population-based study. *Twin Research and Human Genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, 9(2), 298-302. <https://doi.org/10.1375/183242706776382347>
- Zachariassen, G., Faerk, J., Grytter, C., Esberg, B., Juvonen, P., & Halken, S. (2010). Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 99(7), 1000-1004. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01721.x>

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***

Zamora Pasadas, M. (2013). Evaluación del modelo rooming-in en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. Enfermería.



## 12. Anexos.

### Anexo 1. Diez pasos hacia una lactancia natural



Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Además, los centros deben rechazar las muestras gratuitas o a bajo costo de los sucedáneos de la leche materna, biberones y chupetes.

***Fuente: Tomado de la publicación Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración Conjunta OMS/UNICEF (OMS, 1989) y el "Cuestionario para la evaluación global del hospital para la Iniciativa hospitales amigos del niño de la OMS y el UNICEF",***

**Anexo 2. Cronograma Educativo para padres de recién nacidos prematuros.**



Empresa Pública Hospital Costa del Sol  
CONSEJERÍA DE SALUD

**CRONOGRAMA EDUCATIVO A PADRES DE NIÑOS PREMATUROS. UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.**

Fecha							Evaluación
Definición Rn prematuro							
LM: Colocación al pecho y postura del Rn.							
LA: Postura del Rn y manejo del bibi/jeringa							
Expulsión de gases							
Refuerzo conocimientos de la alimentación							
Mantenimiento de la Tª corporal							
Método canguro							
Cuidados del cordón							
Reposo y sueño. Postura adecuada.							
Cambio de pañal y características de la eliminación. Masaje.							
Técnica del baño							
Recomendaciones al alta hospitalaria							
FIRMA Y TURNO							

**Muy bien: ++ Bien: + Precisa reforzar: P/R Inadecuado: -**

**Fuente: Plan de cuidados del Recién Nacido Prematuro. Hospital Costa del Sol**





### **Anexo 3. Cuaderno de registro de datos de la historia clínica.**

1. Nº Hª \_\_\_\_\_
2. Sexo:
3. Edad gestacional en días:
4. Tipo de parto:
  - Vaginal. Vaginal Instrumentalizado. Cesárea
5. Gemelar: Si/NO
6. Peso al nacimiento:
7. Peso al alta:
8. Días de ingreso del niño:
9. Días de ingreso de la madre:
10. Edad de la madre
11. Reingresos del niño: Si/NO
12. Lactancia al alta
13. Contacto piel con piel.
  - a. Partos
  - b. Neonatos
  - c. No se realiza.
14. Puesta al pecho tras el nacimiento
  - a. Si
  - b. No
  - c. No consta -----preguntar por teléfono

**Fuente: Elaboración propia**

**Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera**

**Anexo 4. Ficha de Observación de la Toma.**

PRIMIPARA    MULTIPARA    ¿Ha tenido problemas anteriores con la lactancia?    NO    SI

¿Cuánto tiempo aproximadamente dio de mamar a su último hijo?    ¿Ha recibido educación maternal previa al parto?    NO    SI

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA BIEN	Día			Día		
	M	T	N	M	T	N
<b>POSICIÓN DEL CUERPO</b>						
Madre relajada y cómoda						
Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho						
Cabeza y cuerpo del bebé alineados (Nalgas del bebé apoyadas)						
<b>RESPUESTAS</b>						
(El bebé busca el pecho)						
El bebé explora el pecho con la lengua						
Bebé tranquilo y alerta mientras mama						
El bebé permanece agarrado al pecho						
Signos de eyección de leche (chorros, entuertos)						
<b>VÍNCULO AFECTIVO</b>						
Lo sostiene segura y confiadamente						
La madre mira al bebé cara a cara						
Mucho contacto de la madre						
La madre acaricia al bebé						
<b>ANATOMÍA</b>						
Pechos blandos después de la mamada						
Pezones protráctiles						
Piel de apariencia sana						
Pechos redondeados mientras el bebé mama						
<b>SUCCIÓN</b>						
Más areola sobre la boca del bebé						
Boca bien abierta						
Labio inferior evertido						
Mentón del bebé toca el pecho						
Mejillas redondeadas						
Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas						
Se puede ver u oír al bebé deglutiendo						
<b>TIEMPO</b>						
El bebé suelta el pecho espontáneamente						

<b>POSICIÓN DEL CUERPO</b>
Hombros tensos, se inclina sobre el bebé
Cuerpo del bebé separado de la madre
Cuello del bebé torcido
(Sólo apoyada cabeza u hombros)
<b>RESPUESTAS</b>
(No se observa búsqueda)
El bebé no muestra interes en pecho
Bebé inquieto o llorando/ El bebé se suelta del pecho
No hay signos de eyección de leche
<b>VÍNCULO AFECTIVO</b>
Lo sostiene nerviosa y con torpeza
La madre no mira al bebé a los ojos
Lo toca poco, escaso contacto físico/La madre lo sacude
<b>ANATOMÍA</b>
Pechos ingurgitados (pletóricos)
Pezones planos o invertidos/Piel roja o con fisuras/ Pechos estirados o halados
<b>SUCCIÓN</b>
Más areola por debajo de la boca del bebé
Boca no está bien abierta
Labio inferior invertido/Mentón del bebé no toca el pecho
Mejillas tensas o chupadas hacia adentro
Sólo mamadas rápidas/Se oye al bebé chasqueando
<b>TIEMPO</b>
La madre retira al bebé del pecho

**Fuente: Documentación de IHAN**



## **Anexo 5. Hoja de registro de la Entrevista Telefónica.**

"Buenos días /tardes/, mi nombre es... y le llamo de la Unidad de Neonatología del Hospital Costa del Sol. En la actualidad estamos realizando un estudio sobre Lactancia Materna en el niño ¿Le importaría respondernos a unas preguntas? Contestarlas no le llevará más de 5 minutos y estará contribuyendo con ello a la mejora de la nutrición de nuestros niños. Los datos que nos facilite serán tratados de forma absolutamente confidencial y anónima. Muchas gracias de antemano por su participación.

---

### **1. ¿Han tenido un niño ingresado en la unidad de Neonatología en los últimos 24 meses?**

SI LA RESPUESTA ES NO, RECHAZAR LA ENTREVISTA Y ANOTAR INCIDENCIA.

Si..... 1

No..... 2

---

### **2. ¿Es Vd. la madre?**

SI NO ES LA MADRE PREGUNTAR POR ELLA Y CONTINUAR ENTREVISTA. EN CASO DE QUE NO ESTÉ DISPONIBLE EN ESE MOMENTO, APLAZAR CITA. SI SE ENCUENTRA FUERA (P.E. DE VACACIONES) SOLICITAR TELÉFONO DE CONTACTO Y ANOTAR EL TELÉFONO ALTERNATIVO 1.

Si..... 1

No..... 2

### **3. ¿Tras el parto le pusieron el bebé al pecho en la primera hora de vida?**

SI / No

### **4. ¿Durante el ingreso del bebé en Neonatología el personal de enfermería le ayudo/informo sobre la lactancia materna?**

SI / No

### **5. Podría indicarme el nivel de satisfacción en relación a la ayuda en información recibida sobre la lactancia materna. Siendo 1 muy insatisfecho, 3 indiferente y 5 muy satisfecho.**

---

### **6. Podría indicarme el nivel de satisfacción en relación a la ayuda en información recibida sobre el proceso de hospitalización de su bebé prematuro. Siendo 1 muy insatisfecho, 3 indiferente y 5 muy satisfecho.**

---

*Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una Intervención Enfermera*

7. Estuvo ingresada en la unidad hospitalización conjunta. (Si no conoce que es la H. Conjunta se le explica)

Si / No

8. Al alta de la unidad le daba el pecho a su bebé (especificar si de forma exclusiva o mixta)

LME / LMIX/ LART. *Si chequea lactancia artificial pasar a la pregunta 10.*

9. Al alta en el domicilio recibió educación o información sobre la lactancia materna

NO/ SI de la matrona o enfermera/ . SI del pediatra/ Si de mi familia-amigos.

10. ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando dejo de darle pecho definitivamente?

11. Hasta ese momento le dio LME o LMIX

12. ¿Cuál fue le motivo por el que finalizó la lactancia materna?

.....  
13. Le recomendó alguien finalizar la lactancia:

NO/ SI, matrona o enfermera/ . SI, el pediatra/ Si, mi familia-amigos.

14. ¿Después de nacer su bebé se ha incorporado al trabajo?

Si----- pasar a la siguiente pregunta P15.

No ----- No hacer pregunta P12, pasar a 16.

15. ¿Cuántos meses transcurrieron desde el parto hasta que se incorporó al trabajo?

Anotar la respuesta en semanas:

.....  
Para finalizar le quería preguntar si consume usted de manera habitual tabaco o alcohol:

- Tabaco:

- Alcohol:

MUCHAS GRACIAS POR EL TIEMPO DEDICADO. QUE PASE UN BUEN DIA / UNA BUENA TARDE.

*Fuente: Elaboración propia*



## **Anexo 6. Consentimiento Informado. Información para el paciente.**

### **TITULO del Estudio: PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y SU RELACIÓN CON UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA**

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita, y realice las preguntas que considere oportunas.

**Justificación y Objetivos del Estudio:** las tasas de lactancia materna en el recién nacido prematuro son inferiores a las de un recién nacido a término. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de lactancia materna en los recién nacidos prematuros.

**Diseño y métodos del Estudio:** el estudio se realizará sobre los recién nacidos de edad gestacional igual o inferior a 36 semanas que hayan nacido desde enero de 2015 a diciembre de 2015 en el Hospital Costa del Sol. Consta de una entrevista telefónica sobre el tipo de alimentación de su hijo y datos del embarazo proceso de hospitalización. Por otro lado algunos datos serán tomados de la historia clínica (edad gestacional, número de hijos y tipo de parto)

#### **Implicaciones para los pacientes:**

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos. En cualquier momento puede interrumpirse la entrevista telefónica.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

#### **Riesgos.**

Ninguno.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de enfermería perteneciente a este estudio de investigación del Hospital Costa Del Sol en el teléfono: 697 957 645 o en el correo electrónico: [mrmedina@hcs.es](mailto:mrmedina@hcs.es)

*Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO. CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE**

Yo: \_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte: \_\_\_\_\_

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el Investigador: Rosana Medina López

Entiendo que la participación es voluntaria y que soy libre de participar o no en el estudio.

También se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Entiendo que puedo abandonar el estudio y retirar mi consentimiento:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados sanitarios

Por ello presto libremente mi conformidad para participar en este proyecto de INVESTIGACIÓN sobre: **PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y SU RELACIÓN CON UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA**, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

**Firma del paciente  
o sujeto  
colaborador:**

Nombre y apellidos:

**Firma del profesional  
sanitario informador:**

Nombre y apellidos:

Rosana Medina López

***Prevalencia de la Lactancia Materna en el Recién Nacido Prematuro y su relación con una  
Intervención Enfermera***

En caso **de revocación** de consentimiento de participación en el proyecto de investigación: **PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y SU RELACIÓN CON UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA**

**Firma del paciente o sujeto  
colaborador:**

Nombre y apellidos:

Fecha:

**Firma del profesional sanitario  
informador:**

Nombre y apellidos:

Rosana Medina López

Fecha:

## **Anexo 7. Clasificación de Lactancia Materna según la OMS.**

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

- **Lactancia materna exclusiva:** significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos
- **Lactancia materna predominante:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales)
- **Lactancia materna completa:** Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante
- **Alimentación complementaria:** es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etéreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 231 meses de edad, aún cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años.
- **Lactancia materna:** Alimentación por leche de madre
- **Lactancia de biberón:** Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana

**Fuente: OMS**



## **Anexo 8. Directrices de la OMS. Cómo ayudar a la madre para que exista una buena posición y agarre al pecho**

- Ayudar a la madre para que asuma una posición cómoda y relajada, sentada o recostada.
- La persona que presta ayuda podría sentarse en una posición cómoda y conveniente.
- Explicar a la madre cómo sostener a su lactante, según los cuatro puntos clave:
  - con la cabeza y el cuerpo alineados
  - frente al pecho, con la nariz del bebé frente al pezón, mientras se acerca al pecho
  - el cuerpo del lactante debe estar pegado al cuerpo de la madre
  - sosteniendo todo el cuerpo del lactante.
- Mostrarle cómo debe sostener el pecho:
  - con los dedos extendidos contra la pared del tórax, por debajo del pecho
  - con el dedo pulgar por encima del pecho
  - sus dedos no deben estar sobre la areola o cerca del pezón ya que esto interfiere con el agarre.
- Explicar o mostrar a la madre cómo ayudar a que el lactante agarre el pecho:
  - tocando los labios del lactante con el pezón
  - esperando hasta que la boca del lactante se abra ampliamente
  - moviendo rápidamente al lactante hacia el pecho
  - apuntando el pezón hacia arriba, hacia la parte superior de la boca del lactante
  - colocando el labio inferior del lactante detrás del pezón, de manera que su mentón toque el pecho.
- Observar cómo reacciona el lactante y preguntar a la madre cómo siente la succión.
- Observar cómo reacciona el lactante y preguntar a la madre cómo siente la succión.
- Observar los signos del buen agarre. Los cuatro signos son:
  - se observa más areola por encima de labio superior del lactante que por debajo del labio inferior
  - la boca del lactante está muy abierta
  - el labio inferior del lactante está evertido (hacia fuera)
  - el mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.
- Si el agarre no es bueno o si la madre está incómoda, solicitarle que lo intente de nuevo.
- Mostrarle cómo retirar al lactante del pecho, deslizando su dedo meñique hacia la boca del lactante para liberar la succión.

**Fuente: OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño**

## Anexo 9. Resolución positiva del Comité de Ética de la Investigación.

FRANCISCO RIVAS RUIZ COMO SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA  
INVESTIGACIÓN COSTA DEL SOL

### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado y ponderado de forma **FAVORABLE** en Sesión Ordinaria celebrada el 29 de septiembre de 2016 el proyecto de investigación titulado:

TÍTULO: Prevalencia de la lactancia materna en el recién nacido prematuro y su relación con una intervención enfermera, cuya investigadora principal es Rosana Medina López (Equipo Enfermería, Hospital Costa del Sol), con código interno: 007\_sep\_PI – Lactancia Prematuros.

Los miembros del CEI CS presentes: Miguel Aguilar Bernier, Marta Aranda Gallardo, Secundino Castillo Sánchez, Yolanda de Mesa Berenguer, Francisco Jesús González Sánchez, Ángeles Morales Fernández, José Luis Moreno Haro, Alejandro Pérez Cabeza, Elisabeth Pérez Ruiz, Francisco Rivas Ruiz, Isabel María Rodríguez Jiménez.

consideran que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.
- Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Marbella, a treinta de septiembre de dos mil dieciséis

Fdo. Francisco Rivas Ruiz

Secretario del CEI Costa del Sol





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA